This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

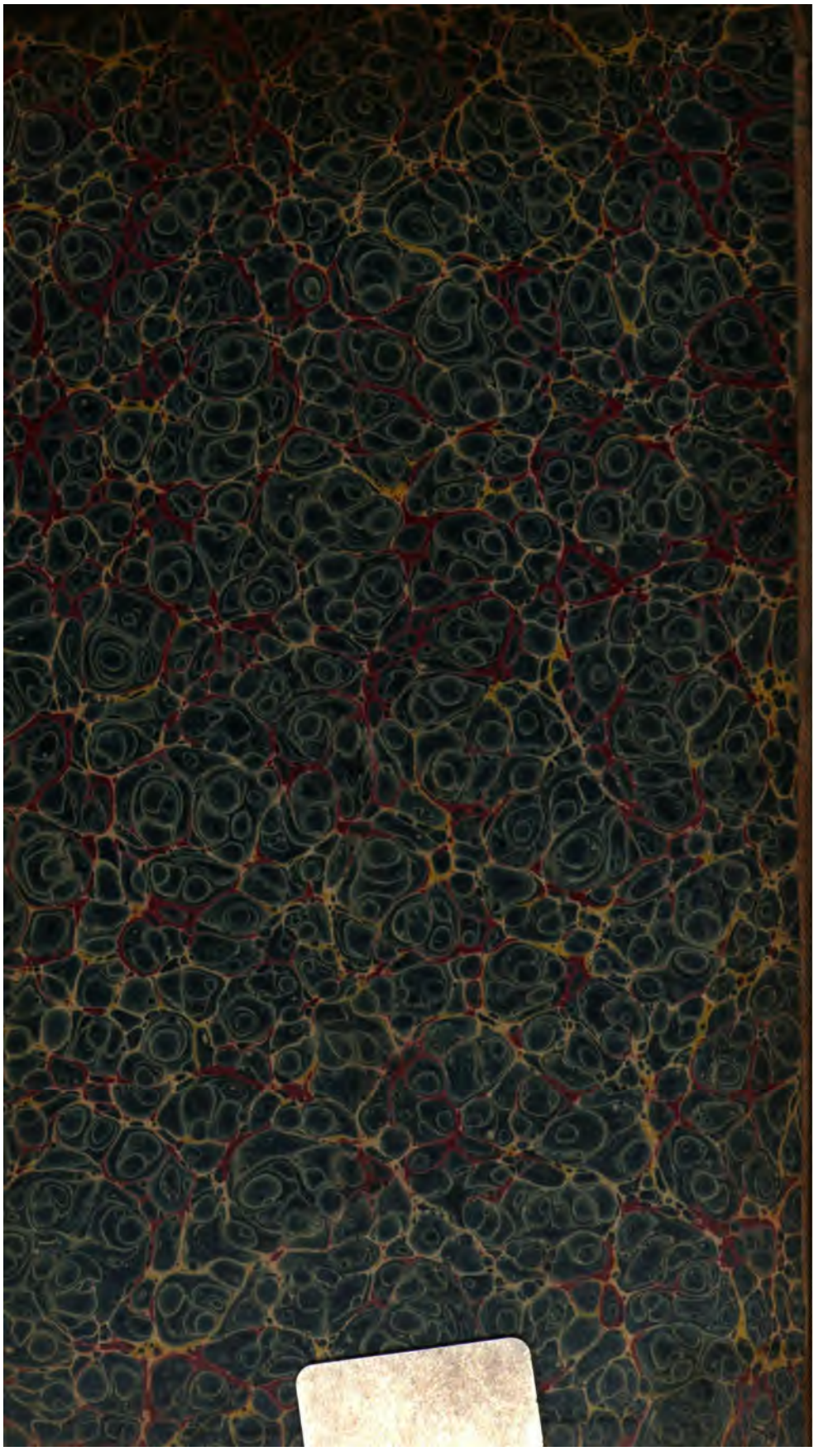
+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.



MONATSHEFTE

FÜR

PRAKTISCHE DERMATOLOGIE.

UNTER MITWIRKUNG VON:

PROF. DR. CH. AUDRY IN TOULOUSE, DR. C. BECK IN BUDAPEST,
DR. TH. BURI IN BASEL, DR. E. DELBANCO IN HAMBURG,
PRIV.-DOC. DR. E. HEUSS IN ZÜRICH, DR. M. HODARA IN CONSTANTINOPEL,
DR. L. LEISTIKOW IN HAMBURG, PROF. DR. V. MIBELLI IN PARMA,
DR. H. C. PLAUT IN HAMBURG

HERAUSGEGEBEN VON

P. G. UNNA UND P. TAENZER.

DREIUNDDREISSIGSTER BAND.

1901.

JULI BIS DEZEMBER.

MIT 4 TAFELN UND 17 ABBILDUNGEN IM TEXT.

HAMBURG UND LEIPZIG,
VERLAG VON LEOPOLD VOSS.
1901.

BOSTON MEDICAL
MAY 13 1902
LIBRARY.

CATALOGUED
MAY 13 1902
E. H. B.

Druck der Verlagsanstalt und Druckerei Actien-Gesellschaft
(vorm. J. F. Richter) in Hamburg.

Inhalt.

Originalabhandlungen.

(Die mit * bezeichneten bilden die Rubrik „Aus der Praxis".)

Seite

Über Sapolan, von Josef Sellei ... 1
Über Epididymitis sympathica et blennorrhoica, von Moritz Porosz (Popper) 9
Über das wirkliche Vorhandensein Cohnheimscher embryonaler Keime, von Ch. Audry ... 18
Über die Behandlung von Dermatosen mit Spannungselektricität, von Leopold Freund ... 58
Eine neue, chemisch-elektive Doppelfärbung für Plasmazellen. Vorläufige Mitteilung, von A. Pappenheim ... 79
Lymphangioma cutis, von Josef Sellei ... 97
Talgdrüsen in der Mund- und Lippenschleimhaut, von Paul Zander ... 104
*Impetigo vulgaris, von Menahem Hodara ... 119
Experimentelle Untersuchungen über die Ätiologie des Ekzems, von E. Bender, M. Bockhart und V. Gerlach ... 149
Ein Fall von Hypertrichosis auf einem von gonorrhoischem Gelenkrheumatismus ergriffenen Arm, von A. v. Karwowski ... 201
Die histologischen Merkmale der syphilitischen Exantheme im Vergleich mit den klinisch ähnlichen Dermatosen, von Franz Krzyształowicz ... 205. 261
Zum Nachweise von Gonokokken in Urethralfäden, von Ferdinand Winkler. 253
*Zur Therapie der Epididymitis sympathica et blennorrhoica, von Friedr. Westberg ... 289
Erfahrungen über Sapolan, von Julius Appel ... 307
Therapeutisches Detail bei der Behandlung der Furunkulosis, von Ed. Arning. 309
Zur Anatomie der strichförmig angeordneten Geschwülste der Haut. (Akanthoma bezw. Epithelioma adenoides cysticum und „Adenoma sebaceum" bezw. multiple umschriebene Talgdrüsenhypertrophien.) Vorläufige Mitteilung von Dorst und Delbanco ... 317
Zur Therapie der Prostatitis chronica blennorrhoica, von A. Herz ... 321
Ichthargan behandlung der chronischen Gonorrhoe, von Leo Leistikow ... 328
Mikroskopische Gonokokkenbefunde bei alten und gefangenen Prostituierten, von Lochte ... 335
Plasmazellen und Lymphocyten in genetischer und morphologisch-tinktorieller Hinsicht, von A. Pappenheim ... 340
Über spontanen und künstlichen Transport von Zellsubstanzen und über Kochsalz als mikrochemisches Reagens, von P. G. Unna ... 342
Kasuistischer Beitrag zur Vaccine-Übertragung, von S. Werner ... 352
Ein Fall von mit weifsen Flecken einhergehender, bisher nicht bekannter Dermatose, von Fr. Westberg ... 355
Galenus und sein Verhalten zur Therapie der Hautkrankheiten, von Moritz Cohn 362

Seite

Ein Beitrag zur Histologie der idiopathischen diffusen Hautatrophie, von Franz Krzyształowicz 369
*Zur Verwendung des Epicarins, von Ferdinand Winkler 384
Untersuchungen über die parasitäre Natur des Ekzems und über das Staphylotoxin, von M. Bockhart 421
*Die Pasta serosa Schleichs. Homogene Dermatotherapie, von Scharff 436
Die elektrostatische Behandlung der Hautkrankheiten, von Ferdinand Winkler 384
Bemerkung zu der Arbeit von Dr. Ferdinand Winkler: „Zum Nachweise von Gonokokken in Urethralfäden", von Leonhard Leven 512
*Seltene Komplikationen eines Karbunkels, von Georg Berg 515
Zur Ätiologie der Alopecia praematura simplex, von Kann 569
Ein Beitrag zur Histologie der idiopathischen diffusen Hautatrophie, von Franz Krzysztalowicz 574
Ein Fall von chronischer Primeldermatitis, von Buri 580
*Über die Behandlung der gonorrhoischen Gelenkentzündung, von M. Bockhart 586
Ein Fall von Mykosis fungoides, von E. Sonnenberg 605
Therapeutische Versuche mit Jodolen, von Arth. Jordan 610
*Über die Behandlung der Ichthyosis, von M. Bockhart 616

Versammlungen.

Londoner dermatologische Gesellschaft 20
New Yorker dermatologische Gesellschaft 21
VII. Kongreſs der Deutschen dermatologischen Gesellschaft 81
Französische Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie 85. 439
Wissenschaftliche Ärztegesellschaft zu Innsbruck 165
Verhandlungsbericht der dermatologischen Sektion des XIII. internationalen medizinischen Kongresses 386
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie, 30. Kongreſs 434
American-Dermatological-Association 443
Medizinische Sektion der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur 448
Verhandlungsbericht der Dermatologischen Sektion der 73. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Hamburg vom 23.—26. September 1901 519
16. Jahresversammlung der British Medical Association 591
Venerologisch-dermatologische Gesellschaft zu Moskau 593

Fachzeitschriften.

Dermatologisches Centralblatt 24. 135. 400. 453. 538. 598
Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie 24. 91. 174. 624
Journal des maladies cutanées et syphilitiques 25. 177. 230. 457. 529
Journal of cutaneous and genito-urinary diseases 25. 290. 456. 594
Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane 90. 450. 629
Russische Zeitschrift für Dermatologie und venerische Krankheiten 90. 409. 530
Annales des maladies des organes génito-urinaires 92. 119. 175. 406. 457. 531
Annales de thérapeutique dermatologique et syphiligraphique 93. 280
Archiv für Dermatologie und Syphilis 120. 166. 390. 619
Dermatologische Zeitschrift 169. 402. 595
Monatsberichte für Urologie 127. 172. 403. 533. 595
American Journal of Dermatology and genito-urinary diseases 128. 173. 625
Bolletino delle malattie veneree, sifilitiche e della pelle 178. 407
Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle 136. 407. 459
Lepra 130. 453
The British Journal of Dermatology 231. 404. 455. 595. 623
Beiträge zur Syphilisforschung 234

Bücherbesprechungen.

Seite

Die Prophylaxe der venerischen Krankheiten und die Präventiv- wie Abortivbehandlung des Trippers, von Boureau ... 27
Hautkrankheiten, von Jarisch ... 28
Zur Pathologie der sekundär-luetischen Erkrankung der Lymphdrüsen, von Jesionek ... 29
Diagnose und Behandlung der Syphilis, von Robinson ... 30
Funktionelle Nierendiagnostik mit besonderer Berücksichtigung der Nierenchirurgie, von Casper und Richter ... 179
Die Prophylaxe bei Krankheiten der Harnwege und des Geschlechtsapparates des Mannes, von Notthafft und Rollmann ... 180
Die Irrigationsbehandlung des Trippers, seine örtlichen Komplikationen und Folgen, von Valentine ... 181
Die Lepra im Dongebiete, von Grünfeld ... 181
Die Photographie im Jahre 1901, von Aarland ... 182
Handbuch der Hautkrankheiten, 1. Abteilung, von Mračeck ... 236
Die kosmetische und therapeutische Bedeutung der Seife, von Jessner ... 237
La pratique dermatologique, Bd. II, von Besnier, Brocq und Jacquet ... 534
Pemphigus des Auges, von Pergens ... 535
Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen, Bd. III ... 535
Chronic Urethritis of Gonococcic origin., von Keersmaecker und Verhoogen 536
Heredo-Syphilis, von Jullien ... 537
Der Einfluſs des Lichtes auf die Haut in gesundem und krankem Zustande, von Möller ... 537
Die Geschlechtskrankheiten, deren Komplikationen und Folgen, von Keyes und Chetwood ... 539
Ekzema, von Bulkley ... 541
Atlas und Grundriſs der speziellen pathologischen Histologie, von Dürck ... 541
Krankheiten der Haut, von Neisser ... 542

Systematische Übersicht der Referate.

I. Allgemeines.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Zur Histologie der Wirkung des Chrysarobins, von Menahem Hodara ... 25
Plötzliches Aufhören des Wachstums der Nägel, von W. Dubreuilh u. D. Frèche 92
Über die Lokalisation der taktilen Hautanästhesie Tabetischer, von Grebner ... 141
Über die Querstreifung der Nägel und die Regenerationsfähigkeit des Horngewebes bei den Irren, von M. Treves ... 142
Über das Vorkommen von Talgdrüsen in der Wangenschleimhaut, von Lublinski 142
Zwei vergessene Arbeiten von Giovanni Inzani über die Nervenendigungen in den Epithelien, von Pighini ... 408
Lebensvorgänge der menschlichen Epidermis, von Merk ... 525
Experimentelle Beiträge zur Pathologie der glatten Muskulatur der Haut, von C. Vignolo ... 619
Grundsubstanz, Intercellularsubstanz und Kittsubstanz, von Josef Schaffer ... 689

Mikroskopische Technik.

Über das Vorkommen einkörniger Zellen im blennorrhoischen Urethralsekret, von A. Pappenheim ... 147
Über atypische Horngebilde, von K. Herxheimer und R. Hildebrand ... 121
Tinktorielle Injektion der interepithelialen und Bindegewebslymphräume der Haut und Cornea, von C. Beck ... 524

Seite

Die Bedeutung des Farbstoffes Neutralrot für das Studium der Phagocytose überhaupt und für die blennorrhoische Phagocytose im speziellen, von J. Himmel 531
Über den Chemismus der Elastinfärbung und seine praktische Anwendung auf Sputumpräparate, von Michaelis ... 640
Neue Gonokokkenfärbung, von Plato ... 640

Bakteriologie.

Zur Bakteriologie der Pityriasis versicolor, von R. Matzenauer ... 124
Experimentelle Untersuchungen über die Trichophytien und den Favus, von Truffi ... 408
Zur Bakteriologie der Urethritiden, von J. Barannikow ... 409

Hygiene.

Circumcision, von E. G. Mark ... 129
Über die Prophylaxe der venerischen Krankheiten, von Marschalkó ... 143
Die Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten, von E. Lesser ... 146
Über die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten unter den Studenten, von W. Scholtz ... 182
Die venerischen Krankheiten in Ägypten, von Rabitsch Bey ... 183
Die Häufigkeit parasitärer Hautkrankheiten und die zu ihrer Bekämpfung nötigen Maßregeln, von W. T. Corlett ... 445
Hygiene und Diätetik bei Hautkrankheiten, von S. C. Martin ... 628
Alkohol und venerische Krankheiten, von August Forel ... 640
Reflexionen über die Prophylaxe der venerischen Krankheiten. Ein Nachklang zur Brüsseler Konferenz, von Thomas v. Marschalkó ... 640

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Haut.

Die Abweichungen in der chemischen Zusammensetzung von Blut und Harn im Verlauf der Alopecie, von L. Jacquet und L. Portes ... 24
Zur Histologie der Melanodermie parasitaria, von Ch. Audry ... 25
Ein Fall von eigenartiger Hautveränderung: „Chalodermie" (Schlaffhaut), von L. von Kély ... 123
Untersuchungen über die Absorption durch die Haut, von Pesci und Andres . 183
Hyaline Degeneration der Haut, von M. Dockrell ... 183
Über Sensibilitätsstörungen der Haut bei Erkrankungen innerer Organe, besonders bei Magenkrankheiten, von Hans Haenel ... 184
Zur Frage der Hautveränderungen durch Abdominaltyphus. von Sibirski ... 184
Über zusammengesetzte Toxidermien, von Zaffiro ... 185
Über die Ausscheidung von Arsenik durch die Haare und dessen Beziehung zu Intoxikationen, von E. Knecht und W. F. Dearden ... 185
Zur Kenntnis der „systematisierten Naevi" und ihres Ursprungs, von T. Okamura 167
Das Wesen der malignen Hauterkrankung und deren Übergangsformen, von E. B. Bronson ... 445
Die Ätiologie und Pathologie der die Epithelialgewebe betreffenden malignen Hauterkrankungen, von M. B. Hartzell ... 445
Über die Einwirkung von Hitze, Kälte und feuchter Wärme auf Entzündungsprozesse in der Haut, von Schäffer ... 449
Einfluß der Haut auf den Polymorphismus der Dermatomykosenerreger, von Plaut 524
Über die Rolle, welche die Streptokokken in der Ätiologie der Hautkrankheiten spielen, von Sabouraud ... 591
Wirkung des Arsenik auf die Haut, von Brooke und L. Roberts ... 593
Über Autointoxikationen gastrointestinalen Ursprungs, von J. M. Zyppken-Moskau ... 641
Gewisse Hautkrankheiten und einige ihrer Komplikationen, von J. Frank-Wallis 641
Die Probe des Vesikators, von H. Roger und O. Josué ... 641
Untersuchung über die Neubildung elastischer Fasern, besonders in dem Stroma von Carcinomen, von Herbert U. Williams ... 642
Die elastischen Fasern in den Tumoren, von Collina ... 642
Über den physiologischen Jodgehalt der Zellen und der Gewebe, von J. Justus 642

Seite

Auf welchem Wege gelangt bei der Einreibungskur das Quecksilber in den Körper? von Juliusberg ... 645
Über die Schorfbildung nach Injektionen von Quecksilbersalzen, von Casoli ... 644

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Über Bromocollsalben, von Max Joseph ... 24
Die Nervenverteilung in der Haut in ihrer Beziehung zu den Erkrankungen der Haut auf die Lupusbehandlung mit Röntgenstrahlen und Finsenlicht und auf die Lichttherapie überhaupt, von Blaschko ... 81
Vergleichender Einfluß des reinen Traumaticins und Chrysophansäuretraumaticins auf die Psoriasis, von Hallopeau ... 86
Vereinfachung der Methode von Finsen. Phototerapeutischer Apparat von Lortet und Genoud ohne Kondensator, von Gastou ... 86
Besserung von trophischen Störungen durch das elektrische Bad, von Gaucher ... 88
Die Behandlung von Dermatosen mittels konzentrierten chemischen Lichtes (Methode von Niels R. Finsen), von H. Lebon ... 93
Experimentelle Untersuchungen über die Quecksilberresorption bei der Schmierkur, von Fritz Juliusberg ... 122
Experimente über die Desinfektion von Wunden, welche mit Eiter von Ulcus molle infiziert wurden, von G. Giovannini ... 121
Thonverbände bei Hautkrankheiten, von J. Frank-Wallis ... 129
Ein einfaches Verfahren zur Herstellung hautfarbener Puder, Salben und Pasten von Hugo Goldschmidt ... 135
Ein neues Heilmittel in der Dermatologie, von Casarini ... 138
Die Bierhefe bei der Behandlung der Furunkulose, von Panichi ... 138
Über das Auftreten von Quecksilber im Mundspeichel, von M. Oppenheim ... 166
Über die Ausscheidung des Quecksilbers im Harn bei Merkuriolbehandlung, von P. Farup ... 167
Ein phototherapeutischer Apparat ohne Kondensator, von Lortet und Genoud 171
Peruol, von O. Lassar ... 171
Der Verschluß von Wunden ohne Naht, von Howard Lilienthal ... 185
Zur speziellen Therapie der Hautkrankheiten mit Berücksichtigung neuerer Arzneiformen und Arzneimittel, von Reinh. Ledermann ... 186
Über Alkoholdunstverbände, von E. Heuss ... 187
Allgemeine Therapie der Hautkrankheiten, von Edm. Saalfeld ... 187
Über die Behandlung der venerischen Erkrankungen im k. k. Marinehospital in Pola, von Zechmeister ... 188
Die Einreibungskur und Badekuren, von Schuster ... 188
Über subcutane Paraffininjektionen, von Hans Meyer ... 189
Behandlung einiger gewöhnlicher Hautkrankheiten, von Phineas S. Abraham 189
Welches ist das wirksame Agens in der Radiotherapie, von Eduard Schiff und Leopold Freund ... 190
Der Einfluß des Lichtes auf die gesunde und kranke Haut, von C. Ullmann ... 190
Die Röntgenstrahlen im Dienste der praktischen Medizin, v. H. Kümmel ... 191
Über die Wirkung der Röntgenstrahlen auf die Haut und ihre Verwendung bei der Behandlung der Hautkrankheiten, von W. Scholtz ... 191
Kritische Bemerkungen über den von Grouven in der Niederrheinischen Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Bonn gehaltenen Vortrag über Röntgentherapie bei Hautkrankheiten. von R. Hahn ... 191
Die Lichttherapie im London Hospital, von St. Mackenzie ... 191
Weitere Anwendungsgebiete der Radiotherapie, von L. Freund und Schiff ... 192
Hautaffektionen, die mit Röntgenstrahlen behandelt sind, von Hahn ... 193
Die Wirkungen hochgespannter Ströme auf die Haut, von Schiff ... 192
Vorzeitige Urteile über Lichttherapie, von Below ... 192
Die kolloidalen Lösungen der Metalle und ihre Beziehungen zu gewissen biologischen Erscheinungen, von P. Galeotti ... 192
Was ist Vasogen? von C. Bedall ... 193
Was ist Vasogen? von Roch ... 193
Aphrotone, von Hooker Vail ... 193
Über Ichtargan, von Aufrecht ... 193
Yohimbin und dessen Salze, ein neues Aphrodisiakum, von Roberts Bartholow 194
Die Neandorfer Schwefelseife, von Leo Forchheimer ... 194

Seite

Schwefel und seine Derivate, von Jackson ... 194
Über Dymal, von C. Kopp ... 194
Über Bromeigone, von Edmund Saalfeld ... 194
Elastische Pflasterbinden, von Karl Gerson ... 195
Zur Syptomatologie und Therapie der Quecksilber-Angina, von A. Lanz ... 195
Über den therapeutisch wirksamen Bestandteil des Perubalsams und seine synthetische Herstellung, von E. Erdmann ... 195
Über Antrophore, von C. Stephan ... 195
Die prophylaktische und heilende Wirkung des Urotropin, von Zaudy ... 196
Über den therapeutischen Wert des Urotrapin, von Suppan ... 196
Bullrich-Salzverbände, ihre Technik und Indikationen, von J. Casteret ... 196
Orthoformvergiftung, von Richard Friedländer ... 196
Ein Fall von Orthoformekzem, von W. Ruhemann ... 197
Über Resorbin als Salbengrundlage, von J. Mindes ... 197
Die Rezeptur des Protargol, von F. Goldmann ... 197
Ein Apparat zur mechanischen Behandlung des Hydrops anasarca und Untersuchungen über die chemische Zusammensetzung der Ödemflüssigkeit, von Karl Dehio ... 199
Ein Fall von akutem rheumatischem Ödem, von Torres ... 199
Pharmazeutische Notizen, von H. Skinner ... 231
Therapeutische Notizen über Schwefelcrême, Gänsefett und rohes Petroleum, von G. T. Jackson ... 292
Über Jodkalium (Jodnatrium) Jadalbacid und Jodipin, von E. Welander ... 393
Über den Nachweis von Jod bei Anwendung organischer und anorganischer Jodverbindungen, von A. Blomquist ... 394
Das Sapolan, von Johann v. Szaboky ... 400
Untersuchungen über Oleum Santali ostindici und Gonorol, von P. Meissner ... 401
Der Schutz des Untersuchers gegen Röntgenstrahlen, von Levy-Dorn ... 439
Erscheinungen nach Anwendung von Perubalsam bei Krätze, von Hallopeau 442
Verlegen von Mustern von Jod- und Bijodidölen, von Lafay ... 442
Die Behandlung maligner Hauterkrankungen, von F. Schephera ... 445
Einfluss von Spiritusverbänden auf entzündliche Vorgänge in der Haut, von Plato 449
Über die Kalomeleinreibungen, von Rinaldo Bovero ... 459
Verband fürs Perineum, von Schiff ... 523
Silberseifen, von Galewsky ... 523
Wachspaste, von Honcamp ... 523
Methodik der Aktinotherapie, von Kienbröck ... 526
Bedeutung der Röntgenstrahlen für die Haarkrankheiten, von Schiff ... 527
Der von Lortet und Genoud modifizierte Finsenapparat, von Moberg ... 528
Die Schädigungen durch Röntgenstrahlen und die Bedeutung unserer Schutzvorrichtungen, von Schürmayer ... 527
Skioptikonbildern aus Finsens Institut, von Forchhammer ... 529
Demonstration einer neuen Lampe, von Bang ... 529
Die Wirkung der Becquerelstrahlen, von Aschkinass ... 529
Beleuchtungsapparate von Induktionsfunkenlicht, von Strebel ... 528
Die Behandlung von Hautkrankheiten nach Finsens Lichttherapie und mit X-Strahlen, von Malcolm Morris ... 592
Über die Behandlung gewisser tiefsitzender, hartnäckiger Formen von Follikelerkrankung, von E. B. Bronson ... 595
Über experimentellen Haarausfall durch Thallium aceticum, von Bettmann ... 598
Phototerapeutischer Apparat zur Anwendung der Finsenschen Methode ohne Kondensator, von Lortet und Genoud ... 623
Die Verwendung von Spannungselektricität zur Behandlung von Hautkrankheiten, von Leopold Freund ... 645
Erfahrungen über die therapeutische Wirkung der Elektricität und der X-Strahlen von Ehrmann ... 646
Über die Verwendung der Röntgenstrahlen in der Medizin, von Immelmann ... 646
Radiotherapeutische Erfahrungen, von Hermann Benedikt ... 646
Aktinotherapie bei Hautkrankheiten, von William S. Gottheil ... 646
Die Phototherapie und ihre Anwendung bei der Behandlung von Hautkrankheiten, von Leredde ... 647
Über Lichtbehandlung mit besonderer Berücksichtigung der Professor Finsenschen Behandlung mit konzentrierten chemischen Lichtstrahlen, von Th. Schüler 647

Seite
Über die Anwendung der Lichttherapie in der Chirurgie, von Minin 648
Über Lichttherapie, von E. Lindemann 648
Zur Lichttherapie mit ultravioletten Strahlen, von Görl 648
Ein Beitrag zur Frage des lichttherapeutischen Instrumentariums, von H. Strebel 649
Syphilis, venerische und Hautkrankheiten und deren Behandlung beim russischen Volk, von Demitch 650
Über Schwefelwasser und Hautkrankheiten, von Axel Winkler 650
Haupttransplantieren unter Gefrieren, Bericht über einige Fälle, von G. Torrance 650
Über die Behandlung von Hautkrankheiten mit Kälte, von Edmund Saalfeld 651
Beitrag zur Einwirkung von Dampfbädern auf die Gesichtshaut, von Rudolf Steiner 651
Kommentar zu C. L. Scleichs Methoden und Präparaten, von Wittkowski 651
Über medikamentöse Seifen bei Hautkrankheiten, von Hermann Rohleder 652
Bimsteinalkoholseife in fester Form als Desinfiziens für Haut und Hände, von Sigmund Pförringer 652
Eine neue Toilettseife, von Heinrich Paschkis 653
Fester Seifenspiritus, von Pförringer 653
Neuere Behandlungsmethodea infizierter Wunden mit besonderer Berücksichtigung des Glutols, von Heinrich Mohr 653
Über das Heilserum in der Therapie, von Vidal 654
Das Calciumsulfhydrat als chirurgisches Depilatorium, von Rayband 654
Der Wert des Chinosols als Antiseptikum und Desinficiens, von J. W. Friesen 654
Über Dymal, von C. Kopp 655
Weitere Beobachtungen über Epicarin, von Carl G. Pfeiffenberger 655
Über den therapeutischen Wert des Uguentum Hydrargyri colloidalis (Merkurcolloid), von Oskar Werler 655

II. System der Hautkrankheiten.

A. *Angioneurosen.*

Purpura, von Galloway 21
Influenza mit Hämorrhagien, von N. P. Bénaky 198
Fall von merkuriellem Exanthem, von Callomon 198
Rötelnartiges Exanthem nach Injektionen von Quecksilbersalicylat und Sublimat, von Allgeyer 198
Eine abnorme Form von Chininausschlag, von G. N. Meachen 199
Arthritisches Ödem der Lider, von A. Trousseau 200
Über die Urticaria pleuritica, von Gomez 200
Urticaria mit Albuminurie, von Max Günzburger 200
Ein Fall von bullöser Urticaria, von S. H. Carr 200
Die Atrophie der Eingeweide und die arterielle Hypoplasie bei Pellagra, von Emile Sergent 239
Liquor Thyreoidei bei Hämophilie, von C. R. Jones 239
Ein Fall von Morbus maculosus Werlhofii und Syphilis, von Silberstein 239
Die Ätiologie des Skorbuts 239
Purpura und Anämie, von Robert Muir 239
Ein Fall von Oedema migrans, von Bernhard Smith 406
Fall von Purpura haemorrhagica in Verbindung mit allgemeiner Tuberkulose, von Pratt 593

B. *Entzündungen.*

I. Traumatische.

Dermatitis bullosa acuta, eine besondere Form der traumatisch-infektiösen Hautentzündung, von M. Kusnetzow 91
Über die Behandlung der Blasen, von A. H. Ward 240

Seite
Über die Verhütung des Decubitus, von de la Camp 240
Eine X-Strahlen-Verbrennung, von J. N. Bloom 240
Ein Beitrag zur Frage über die Ursachen des Todes bei Verbrennungen und Verbrühungen, von E. Scholz 241
Pseudovenerische Läsionen, von A. Dron 241
Zur Behandlung der Verbrennungen mit Pikrinsäure, von P. Loschzilow 241
Intoxikations-Exanthem und Nephritis als Folgeerscheinungen einer Verbrennung, von Richard Fraenkel 242
Schwere Verätzung durch Schmierseife bei einem 18 Monate alten Kinde, von Joseph Langen 242
Fall von tuberösem Bromausschlag, von Schäffer 242
Drei Fälle von Silberekzem, von G. Mohr 243
Ein erythematöser Ausschlag nach Gebrauch von Borsäure, von Henry Handford 243
Erythematöser Ausschlag nach Borsäure-Applikationen, von Arthur Hall 243
Ein Fall von Arsen-Dermatitis, von A. H. Ohmann-Dumesnil 243
Über Erythema exsudativum multiforme nach chemischer Reizung der Harnröhre, von J. Heller 244
Über Jododerma tuberosum fungoides, von O. Rosenthal 390
Beobachtungen an Quecksilberexanthemen, von Fritz Callomon 403
Erscheinungen nach Stichen von Ononis spinosa, von Hallopeau 442
Artifizielle Dermitis nach Anwendung von Laudanum, von Bodin 441
Dermatitis vesico-bullosa et gangraenosa mutilans. Ein Bericht über zwei Fälle mit hystero-traumatischer Ätiologie, von G. W. Wende 443
Über Jododerma tubero-bullosum, von Th. Mayer 597

II. Neurotische.

Dermatitis herpetiformis multiformis, von Stopford Taylor 244
Über Herpes progenitalis, von Arthur Cooper 245
Fall von Prurigo mit gleichzeitig bestehendem papulösen Syphilid, von Pick... 245
Die Erythromelalgie nach Influenza, von Crespolani 245
Über Erythromelalgia, von Henry L. Elsner 245
Über neurotische Alopecie, von A. Bayet 402
Herpes gestationis, von B. Jones 405

III. Infektiöse.

1. Allgemeine Infektionskrankheiten.

a. Akute Exantheme.

Die Pocken in Paris, von H. Roger 246
Die Pocken in Lyon, von J. Courmont 246
Eine klinische und pathologische Studie über das Scharlachfieber, von Jay F. Schamberg 247
Über die Dauer der Infektiosität des Scharlachfiebers, von Sp. Cameron 247
Über Scharlachrückfälle und die Dauer der Infektiosität des Scharlachfiebers, von A. E. Pearson 247
Über Fälle von fragmentarem Scharlach, von Sommer 248
Ein Fall von Scarlatina maligna, von John Marshall 248
Ein Fall von Scarlatina pemphigoides, von A. Somers 248
Ein Fall von Scarlatina pemphigoides, von E. Baylor 249
Über die anatomischen und chemischen Veränderungen der Leber bei Scharlach, von H. Roger und M. Garnier 249
Die Ichthyolbehandlung des Scharlachs nach Siebert, von Hugo Kraus 249
Ist die Maserninfektion der Keuchhusteninfektion antagionistisch? von William B. Young 249
Die Filatowschen Flecke bei Masern, von L. Falkener 250
Ein Fall von Morbilli pemphigoides mit Diphtherie, von J. Zuhr 250
Der Einfluss der Masern und Erysipel auf die Epilepsie, von Clarke und Charp 250
Zur Prophylaxe der Masernotitis, von Siegfried Weiss 251
Zwei schwere Varicellenerkrankungen, von Mulert 251

Seite
Beitrag zur Kenntnis der Komplikationen bei Varicellen, von Paul Krause ... 251
Bericht über die im Sommer 1900 beobachtete Blatternepidemie, von Martin Kaufmann ... 251
Variola in Glasgow ... 252
Variola in London in der ersten Hälfte des Jahres 1900 ... 252
Variola in Hull im Jahre 1899, von J. W. Mason ... 252
Variola in Stalybridge ... 295
Kurze Betrachtungen über einige Fälle von Variola, von Trinci ... 296
Mikrobiologische Untersuchungen über Variola, von H. Roger und Emile Weil 296
Das ätiologische Agens der Variola und der Vaccine, von Funck ... 296
Die Leukocytose bei der Variola, von Courmont und Montagard ... 296
Die Prophylaxe der Variola mufs nicht in der obligatorischen Impfung gesucht werden, von Faggioli ... 297
Zur Behandlung der Pocken mit rotem Licht nebst einigen Bemerkungen über fortvierte Vaccination, von Engel ... 297
Die Behandlung der Variola mit Salol, von Ch. Berg ... 297
Die Behandlung der Variola ... 297
Ein Fall von Varicellen bei einem neugeborenem Kinde, von Joseph Grindon 292
Calciumchlorür in der Behandlung der Variola haemorrhagica, von Roger ... 298
Die Behandlung der Variola mit Salol, von J. Biernacki und P. N. Jones ... 298
Ergebnisse der Schutzpockenimpfung im Königreiche Bayern im Jahre 1900, von L. Stumpf ... 298
Eine klinische Betrachtung über die Impfung, von Fr. S. Fielder ... 299
Beiträge zur Vaccination Schwangerer, Wöchnerinnen und Neugeborenen, von Palm ... 299
Ein Fall von Auto-Vaccination, von G. H. Ormsby ... 300
Untersuchungen über die Dauer des Schutzes der Schutzpockenimpfung, von Ernst Pfeiffer jun. ... 300
Über zwei Fälle von äufserst kurzer Dauer der Immunität gegen Schutzpockenimpfung, von Viannay ... 300
Über ästhetische Impfung, von Jeannoset ... 301
Die Methode der Herstellung des Blatternimpfstoffes im städtischen Impflaboratorium von New York, von J. H. Huddleston ... 301
Zur Impftechnik, von Weichardt ... 301
Bullöse Dermatitis (Dermatitis herpetiformis?) bei Kindern; fünf im Gefolge der Vaccination beobachtete Fälle, von J. T. Bowen ... 448
Sechs Fälle von Dermatitis bullosa, die im Anschlufs an die Vaccination auftrat und mannigfache Ähnlichkeit mit der Duhringschen Krankheit zeigte, von J. T. Bowen ... 456

b. Chronische Infektionskrankheiten.

α. *Lepra.*

Bericht über die Lepra in Südafrika, von J. Hutchinson ... 180
Ein Fall von Lepra tuberosa mit Lokalisation an den Fufssohlen, von J. H. Rille 180
Lepraverfügungen für Bengalen und Indien, von Hutchinson ... 121
Die Lepra in Kreta, von Ehlers ... 181
Der gegenwärtige Stand der Leprafrage in Bulgarien, von B. Béron ... 131
Über Fälle von Genesung nach Lepra, von Jonathan Hutchinson ... 181
Die Visceralerkrankungen der Leprösen, von Jean Schäfer ... 182
Ein Fall von Lepra tuberosa mit Lokalisation an den Fufssohlen, von J. H. Rille 186
Behandlung der Lepra mit subcutanen Einspritzungen von Chaulmoograöl, von Hallopeau ... 184
Behandlung der Lepra mit subcutanen Injektionen von Chaulmoograöl, Methode von Dr. Tourtoulis-Bei, Kairo, von du Castel ... 185
Über den Nachweis des Hansenschen Bacillus im Blute der Leprakranken und über das Verhalten desselben und des leprösen Materials bei Inokulationen auf Tiere, von Azzarello ... 188
Fall von Lepra tuberosa, von Rille ... 165
Über andere möglichen Ansteckungsquellen der Lepra, von Gravagna ... 178
Der Kampf gegen die Lepra in den englischen Kolonien, von E. Jeanselme 302

Seite
Der Kampf gegen die Lepra in dem französischen Indochina, von E. Jeanselme 303
Verbreitung der Lepra in der Halbinsel von Indochina und Yünnau, von M. E. Jeanselme 303
Lepra in China, von Wittenberg 308
Jonathan Hutchinson über Lepra in Südafrika, von A. Hillier 304
Lepra auf der Insel Kreta, von Ehlers und O. Cahnheim 304
Über zwei weitere Leprafälle in Dalmatien, von Leopold Glück 393
Die Leprösen der dermosyphilopatischen Klinik zu Palermo; klinisch-histologische, pathologisch-anatomische und therapeutische Beobachtungen, von Callari 409
Glossen zur Frage der Kontagiosität und der Prophylaxe der Lepra, von Herbsmann 410
Die Kontagiosität der Lepra, von T. C. Booth 410
Die Kontagiosität der Lepra, von Th. A. Palm 411
Die Kontagiosität der Lepra, von J. G. Scott 411
Ein in der Provinz Pavia beobachteter Fall von Lepra tuberosa, von U. Mantegazza 411
Zwei Fälle von Lepra in der Provinz Pesaro-Urbino, von G. Ungaro 411
Ein Fall von vermutlicher Lepra, von J. N. Bloom 411
Über die Lokalisation des Leprabacillus in den verschiedenen Organen, von E. Jeanselme 412
Über extra- oder intracelluläre Lokalisation des Leprabacillus, von George Pernet 412
Lepra maculosa, von T. D. Savill 413
Lepra der Augen, von Arthur Neve 413
Behandlung der Lepra mit Klapperschlangengift, von Goldschmidt 413
Die Prophylaxe und Bekämpfung der Lepra in den Vereinigten Staaten, von P. A. Morrow 444
Lepra, von Klingmüller 448
Die Lepra in Kreta, von Ehlers und Cahnheim 452
Gerhard Henrik Armauer Hansen, von H. P. Lie 452
Untersuchungen über einen Fall von makulöser anästhetischer Lepra (Lepra maculosa anaesthetica), von Emile Dacò 453
Die Leprakranken der Dermosyphilopathischen Klinik zu Palermo, von Callari 460

β. *Tuberkulose.*

Multiple Hauttuberkulose nach Röteln, von Du Castel 86
Elektrochemische Therapie des Lupus, von Danlos 88
Über die Behandlung des Lupus mit dem Kalium permanganicum, von Leredde 88
Über die Verwendung der Jodtinktur bei torpiden und tuberkulösen Hautgeschwüren, von S. Behrmann 135
Über Lupus follicularis disseminatus und über die Beziehungen zwischen Lupus vulgaris und Lupus erythematodes, von E. Saalfeld 169
Tuberkulide, von Boeck 386
Lupusbehandlung, von Lang 387
Über die Verwendung der Jodtinktur bei torpiden und tuberkulösen Hautgeschwüren, von S. Behrmann 401
Behandlung isolierter Lupusknötchen durch Dilaceration mit nachfolgender Ätzung durch Chlorzinkkrystalle, von Derville 413
Zur Kenntnis der miliaren Hauttuberkulose (Tuberculosis miliaris s. propria cutis Kaposi, von Nobl 414
Die Erytheme der Tuberkulose, von P. Raymond 414
Erythema induratum und Tuberkulose, von M. Carle 415
Tuberkulide, von Riehl 415
Die Tuberkulide; von K. Boeck 416
Über die Tuberculosis verrucosa der Haut, von Senisi 416
Über einen Fall von Lupus pernio der linken Ohrmuschel, von Ciarrocchi 417
Fall von tuberkulösem Panaritium, von Gauthier 417
Die Dermosapolpräparate und die dermatische Therapie der Tuberkulose und Skrofulose, von B. Rohden 417
Untersuchungen über Veränderungen des lupösen Gewebes bei der Lichtbehandlung nach Finsen, von Gelbowsky 417
Tuberkulin bei der Behandlung des Lupis vulgaris, von E. F. Maynard 418
Die Behandlung des Lupus mit Röntgenstrahlen, von R. E. Scholefield 419

Seite

Die Erfolge der an 74 Lupuskranken ausgeführten Radikalexstirpation, von Reimer ... 419
Zur Behandlung des Lupus mittelst heisser Luft, von Hollaender ... 419
Ekzemförmige paratuberkulöse Dermatosen und Tuberkulide, von Gastou ... 440
Zur Pathologie der Tuberkulide, von Juliusberg ... 448
Die Methoden der Lupusbehandlung, von Werther ... 499
Über Lupusbehandlung, von Rockwell Varney ... 499
Lupus und Skrophuloderma, von Grouven ... 527
Die Natur des Erythema induratum scrofulosorum, von Whitfield ... 593
Die augenblickliche Behandlung des Lupus vulgaris in den Kliniken von Berlin, Wien und Paris, von Speranski ... 594
Über die Histopathologie zweier Fälle von Hauttuberkuliden, bei welchen Tuberkelbacillen vorgefunden wurden, von Macleod und Ormsby ... 595

γ. *Syphilis.*

Fall mit miliaren papulösen Syphiliden, von Fox ... 22
Heredo-Syphilis in der dritten Linie, von Troisfontaines ... 25
Syphilitische Arthritis, Osteitis und Myositis, von Gaucher ... 88
Schübe von Lymphdrüsen- und Hauttuberkulose nach einer syphilitischen Infektion, von Hallopeau und Fouquet ... 89
Bildung eines Schorfes nach Injektion von Quecksilberbijodid, von Brocq ... 89
Über die Behandlung der Syphilis mit grofsen Quecksilbermengen, von T. Burschalow ... 91
Hautsyphilid, konsekutive narbige Fibromatose, histologisch nachgewiesene multiple Neurofibrome, von Campana ... 124
Zur Eröffnung der neuen dermosyphilopathischen Schule zu Palermo, von Tommasoli ... 136
Versuche von Serotherapie der Syphilis, von Piccardi ... 136
Die Behandlung der Syphilis mit Quecksilberdämpfen in heifser Luft (Methode von Campailla), von Melazzo ... 136
Klinische und pathologisch-anatomische Bemerkungen über einen Fall von Gehirnsyphilis, von U. Mantegazza ... 187
Über Syphilis des Kleinhirns. Eine litterarische Skizze von J. K. Proksch ... 169
Die Syphilis des Hodens, von d'Amato ... 178
Histologischer Befund einer Muskelverhärtung infolge von Kalomeleinspritzungen, die drei Jahre vorher vorgenommen waren, von Ch. Audry ... 230
Histologie eines tertiären Syphiloms der Urethra eines Weibes, von Ch. Audry 230
Mikroskopische Untersuchung der Krusten einer Psoriasis rupioides, von Ch. Audry ... 230
Behandlung der Syphilis mittelst subcutaner Einspritzungen von Lymphdrüsendekokt, von L. Butte ... 230
Betrachtungen von Syphilis-Heredität und Immunität, von M. von Niessen ... 234
Syphilis-Stammbäume, von M. von Niessen ... 235
Syphilis und Carcinom, eine vergleichend-mykologische Studie, von M. von Niessen ... 235
Zur Biologie des Syphilis-Bacillus, von M. von Niessen ... 235
Zur Differentialdiagnose der syphilitischen und blennorrhoischen Schleimhautaffektionen der Harnröhre, von M. von Niessen ... 235
Ein Wort über die Syphilisation, von M. von Niessen ... 236
Die Nachkommenschaft hereditär Syphilitischer, von Finger und H. Fournier 388
Behandlung der Syphilis, von Justus ... 390
Die Aktion des Quecksilbers auf das syphilitische Gewebe, ein Versuch zur Lösung der Frage nach dem Wesen der spezifischen Therapie, von J. Justus ... 391
Das Jodipin (Merk) in der Syphilistherapie, von Carl Grouven ... 395
Zur Jodipininjektionsbehandlung, von Magnus Möller ... 395
Ein Beitrag zur Wiederansteckung mit Syphilis, von A. Baurowicz ... 398
Ein ungewöhnlicher Fall von Syphilis, an Lichen ruber erinnernd, von W. Kopytowski ... 400
Über Erkrankungen des Rückenmarks bei hereditär-syphilitischen Neugeborenen und Säuglingen, von R. Peters ... 402
Ein Fall von doldentraubenartigen Syphiliden, von Arthur Whitfield ... 404
Bemerkungen über syphilitische Reinfektion, von C. F. Marshall ... 404

Seite

Die dermosyphilopathische Klinik zu Palermo von ihrer Gründung bis im Dezember 1893, der geschichtlichen Wahrheit entsprechend dargelegt, von Professor J. Profeta ... 407
Bakteriologische Untersuchungen über die Syphilis, von Justin de Lisle und L. Jullien ... 409
Zur Statistik der Syphilis der inneren Organe in der Landbevölkerung, von N. Dolgopolow ... 409
Über einige mit grofsen Quecksilbermengen behandelte Syphilisfälle, von T. Burschalow ... 409
Lichenartige Eruption bei einem Syphilitiker, von Fournier ... 440
Wichtigkeit der Mifsbildung der Zähne bei der Diagnose der hereditären Lues, von Gaucher ... 441
Schankerförmiges Syphilid des Augenlides, von Danlos ... 441
An der Stelle einer Brandwunde entstandenes tuberkulöses Syphilid, von Beaudoin 441
Eine ungewöhnliche Erscheinung bei Syphilis-Othaematom, von J. Zeisler ... 444
Syphilitische Läsionen vom Quaddeltypus, von H. G. Klotz ... 446
Die Beziehungen der Tabes zu voraufgegangenen Merkurialkuren, von Neisser. 519
Sequestrierende gummöse Knochensyphilis, von Müller ... 520
Die Genese der Gummata, von Kulisch ... 520
Thrombophlebitis nodularis syphilitica, von Blaschko ... 520
Plaque induré, von Galewsky ... 520
Blutuntersuchungen bei Syphilitischen mit besonderer Berücksichtigung des Eisengehaltes, von Oppenheim und Löwenbach ... 521
Die Injektionsbehandlung, von Chotzen ... 522
Übertragbarkeit der Spätsyphilis, von Sack ... 523
Jodtinktur in der Syphilistherapie, von Richter ... 523
Ein Ulcus durum auf dem weichen Gaumen, von Maurice Druelle ... 530
Über Natur und Behandlung der syphilitischen Kontraktur des Biceps, von Ch. Audry ... 530
Zur Kasuistik des syphilitischen Fiebers, von P. Judin ... 530
Ein Fall von Reinfektio syphilitica, von N. Sukow ... 531
Ein Beitrag zur Geschichte der Syphilis, von B. Reber ... 543
Der Kampf gegen die Syphilis, von E. de Lavarenne ... 543
Über endemische Syphilis der Gegenwart, von I. Neumann ... 543
Syphilis in der englischen Marine, von Greenhalgh ... 544
Über die angebliche defensive, phagocytäre Bedeutung des Lymphdrüsensystems gegenüber dem syphilitischen Virus und den semiologischen Wert, der bei der Syphilis den verschiedenen Adenopathien zukommt, von T. de Amicis 545
Die Symptome der sogenannten Latenz der Syphilis, von Ströhmberg ... 545
Ein Fall von tertiärer Sklerose, von Lochte ... 545
Über Enteritis syphilitica hereditaria, von Lochte ... 545
Über Todesfälle im Frühstadium der Syphilis bei angeborener Enge der Aorta, von Lochte ... 546
Atypische Formen der Syphilis, von Tarnowsky ... 546
Syphilis, von W. S. Franklin ... 546
Fünfundzwanzig Fälle von Extragenitalschanker, von 1897—1899 beobachtet, von A. H. Ohmann-Dumesnil ... 546
Fall von hartem Schanker des Daumens, von Pinatelle ... 547
Der syphilitische Schanker der Nasenschleimhaut, von Garel ... 547
Über Reinfektion bei Syphilis, von G. Nobl ... 547
Ein Fall von Reinoculatio syphilitica, von Emil Laurent ... 549
Syphilis und Tuberkulose, von J. Patoir ... 549
Vier Fälle von Lues maligna, von Schäffer ... 550
Fall von tertiärer Syphilis, von Berthold ... 550
Ein Fall von Syphilis maligna, von Mironowitsch ... 550
Die Descendenz der Hereditär-Syphilitischen, von L. Jullien ... 551
Das Schicksal hereditär-syphilitischer Kinder, von Pott ... 551
Über einige Erscheinungen der hereditären Syphilis, von J. Neumann ... 552
Jacksonsche Epilepsie und allgemeine Konvulsionen mit rechtsseitiger Hemiplegie bei einem hereditär-syphilitischen Kinde von fünfzehn Monaten. Heilung durch Quecksilbereinreibungen, von Le Gendre ... 552
Paroxysmale Hämoglobinurie bei einem hereditär-syphilitischen Kinde, von Le Gendre ... 553

Seite

Zur Kenntnis der hereditär-syphilitischen Phalangitis der Säuglinge, von C. Hochsinger ... 553
Zur Dactylitis syphilitica, von Franz Mraček ... 553
Die syphilitischen Erkrankungen der Zunge, von Ch. Heath ... 554
Beziehungen der Leukoplakia buccalis zur der Syphilis und dem Cancer, von Alfred Fournier ... 554
Die Syphilis der oberen Luftwege unter besonderer Berücksichtigung der differentiellen Diagnose und der lokalen Therapie, von Anton Lieven ... 555
Definitive Heilung einer Psoriasis palmaris und syphilitischer Rhagaden der Zunge mit grauem Öl; hartnäckige Syphilide des Haarbodens, Heilung nach einer Quecksilberintoxikation, von Buret ... 555
Die Syphilis des Nasenrachens, von Fr. Fischenich ... 555
Bemerkungen über akquirierte Syphilis der Nase und Pharynx, von C. A. Parker 556
Ein Fall von Nephritis syphilitica praecox, von Abraham Stepler ... 556
Ein Fall von Ascites und langdauerndem Fieber infolge von Syphilis, von Kasem-Beck ... 556
Über einen Fall von Syphiloderma nodulo-ulcerans praecox, von Serra ... 556
Alopecia areata oder Pseudo-Alopecia areata der Syphilitiker, von Alfred Fournier ... 556
Einiges über Lebersyphilis beim Erwachsenen, von O. Fischer ... 557
Syphilis der Gallenblase, von B. Robinson ... 557
Ein Fall von geheilter Syphilis des Herzens, von Wladyslaw Zydlowicz ... 557
Angina pectoris syphilitica, von M. Breitmann ... 558
Syphilis und Geisteskrankheiten, von Jolly ... 558
Über Hirnsyphilis, von Moeli ... 559
Prognose und Therapie der Hirnsyphilis, von Kosslin ... 560
Migräne und Lähmungserscheinungen an den Augen als erstes Symptom in einem Falle von Gehirnsyphilis, von H. Lamy ... 560
Zur Meningitis basilaris syphilitica praecox, von E. Hoffmann ... 560
Bemerkungen zur antisyphilitischen Behandlung der Tabes, von Kétly ... 560
Ist die Syphilis wirklich die Hauptursache der Tabes dorsalis? von Eduard v. Seligson ... 561
Syphilis und allgemeine Paralyse, von R. Percy Smith ... 561
Die Ataxie ist nicht syphilitischen Ursprungs, von Madeuf ... 561
In der Narkose aufgetretene syphilitische Neuritis, von Sabró ... 562
Refraktäre Syphilis nebst Bericht über einen gegen spezifische Behandlung absolut refraktären Fall, von J. F. Schamberg ... 562
Der gegenwärtige Stand der Syphilistherapie, von V. Klingmüller ... 562
Über einige Grundfragen bei der Behandlung der Syphilis, von A. Blaschko ... 563
Die Sterilisation der Syphilis, von Fournier ... 564
Behandlung der Syphilis während der Schwangerschaft, von M. Gaucher und Henry Bernard ... 564
Klinische Untersuchungen über die Behandlung der Syphilis, von Verrier ... 565
Einige Grundfragen aus der Syphilistherapie, von Heuss ... 565
Heilung und Nichtheilung der Syphilis, von Jastrowitz ... 565
Wie heilt das Quecksilber die Syphilis? von J. Justus ... 565
Der derzeitige Stand der Quecksilbertherapie, mit besonderer Berücksichtigung der Intoxikationsformen und -Fälle, von E. Deutsch ... 567
I. ägyptischer medizinischer Kongreſs ... 568
Über Erwerbsunfähigkeit bei Hautkrankheiten, von J. Neuberger ... 568
Methoden der Verabreichung von Merkur bei Syphilis, von Wollenmann ... 601
Die Quecksilberinjektionen bei der Behandlung der Syphilis, von Guérin ... 601
Intramuskuläre Quecksilberinjektionen bei Syphilis, von F. J. Porter ... 601
Die Behandlung der Syphilis mittelst der Welanderschen Quecksilbersäckchen, von J. Gschwend ... 601
Die Behandlung der Syphilis mit Nitriten, von Will. Browning ... 602
Die Behandlung der Syphilis in Hot Springs, von James T. Jelks ... 602
Einige Worte über die Remanenz des Quecksilbers im menschlichen Körper, von E. Welander ... 620
Polyneuritis mercurialis oder syphilitica? von Arthur Strauss ... 622
Zwei Fälle von Syphilis maligna; Klinisches und Histologisches, von J. Himmel 625
Ein ungewöhnlicher Fall von Spätsyphilis des Hodens, von Dyer F. Talley ... 627

2. Lokale Infektionskrankheiten.

a. Oberhaut.

Seite

Fall von Kerasosis follicularis, von Little ... 20
Präparate von Parakeratosis variegata, von Macleod ... 20
Trichophytie der Kopfhaut, von C. Fox ... 21
Fall von Pityriasis rubra pilaris, von H. H. Whitehouse ... 22
Epidermolysis bullosa, von E. B. Bronson ... 22
Fälle von Prurigo, von C. Holder ... 23
Ekzem des Kopfes, von Holder ... 23
Fall von ausgedehnter, eigentümlicher Narbenbildung, von P. A. Morrow ... 23
Über ein Geschwür an den Händen bei den Gerbern, von L. Brocq und Ch. Laubry ... 24
Impetigo contagiosa bullosa und ihre Bakteriologie, von M. F. Engmann ... 26
Zwei Fälle von Impetigo contagiosa bullosa, von J. Grindon ... 27
Kongenitale Keratodermie, von Juliusberg ... 85
Hyperkeratosis congenita, von Rauh ... 85
Eine Sykosis trichophytica vortäuschende Impetigo des Gesichtes, von Balzer ... 89
Dermatitis traumatica nach Impfung, von Geo. G. Melvin ... 128
Mitteilungen über einen Fall von Pemphigus, mit therapeutischen Hinweisen, von Arthur van Harlingen ... 129
Über Albuminurie bei den Dermatosen, von Casarini ... 137
Das Wasserstoffsuperoxyd bei der Behandlung des Favus, von Simonelli ... 137
Geschichtliche Bemerkungen über die Unterbringung in Spitäler und die Behandlung der Favuspatienten in Mailand vom XV.—XIX. Jahrhundert, von Decio ... 138
Favusfälle, von Rille ... 165
Zur Kasuistik der Nagelerkrankungen, von Julius Heller ... 170
Über Erythema pruriginosum senile, von L. Fürst ... 170
Das Ekzem und seine Behandlung, von E. A. Fischkin ... 173
Die Behandlung des Ekzems, von S. C. Martin jr. ... 174
Beitrag zum Studium des Erythema induratum Bazin, von Umberto ... 174
Trichophytiasis und Mikrosporon bei Mensch und Tier, von A. Coffin ... 177
Multiple Geschwüre der Hände als Berufskrankheit, von Arthur Hall ... 232
Parasitäre Natur des Ekzems, von Unna ... 386
Über Blastomyceten-Dermatitis, von Stelwagon und James Nevins Hyde ... 387
Beitrag zur Klinik und pathologischen Anatomie der Pityriasis rubra Hebra, von Kopytowski und Wielowieyski ... 398
Zur Pathogenese der Prurigo, von B. Bernhardt ... 398
Beiträge zur Kasuistik und Therapie der Psoriasis vulgaris, von Eugen Gerstle ... 401, 402
Dermatitis bullosa circumscripta als selbständige chirurgische Krankheit, von M. Trinkler ... 401
Ein Fall von Acne keratosa, von H. R. Crocker ... 405
Ekzem, hervorgerufen durch Formalin, von Theodore Fischer ... 405
Eine Varietät von Acne cornea, von Du Castel ... 439
Cystoskopische Diagnose der squamösen Dermatosen, von Gastou und Viéra ... 442
Ein Eall von Brocqs Erythrodermie pityriasique en Plaques disseminées, von J. C. White ... 444
Bericht über zwei Fälle von hartnäckiger Schuppenbildung an den Lippen, von H. W. Stelwagon ... 445
Ein Fall von Erythema elevatum diutinum(?) oder ringförmiger Knotenausschlag an den Extremitäten eines Kindes, von T. C. Gilchrist ... 447
Ekzem, Lichen chronicus (Vidal) und Dyshidrosis, von Scholtz ... 448
Über einen Fall von Parakeratosis variegata, von T. C. Fox und J. M. H. Mac Leod 455
Ein Fall von Parakeratosis variegata, von T. C. Fox und J. M. H. Mac Leod 456
Zur Klinik und Histologie der Pityriasis rubra (Hebra), von S. Pietowieyski und L. Kopytowski ... 457
Klinische Bemerkung über die Ursachen, welche die feuchten Formen bei der Psoriasis verursachen können, von P. Benassi ... 460
Experimentelle Untersuchungen über Herpes tonsurans und Favus, von M. Trutti 460
Geschichtliche Bemerkungen über die Unterbringung in Spitälern und die Behandlung der Favuskranken in Mailand vom 15—19. Jahrhundert, von C. Decio ... 460

Seite
Die Behandlung des Ekzems, von E. Kromayer und P. Grünberg 461
Über die schädliche Wirkung des artifizellen Ekzems bei Scabies auf die Nierenfunktion, von Ottorino 461
Hyperkeratotisches Ekzem, von Maillard 461
Zur Lehre von der Hyperkeratosis diffusa congenita, von Snesareff 461
Über Dermatitis exfoliativa universalis, von Caspary 462
Zur Thyreoidbehandlung der Psoriasis, von C. A. Ewald 462
Seborrhoe und deren Pathologie, von W. P. Loth 462
Behandlung des Herpes tonsurans, von Pignot 462
Über Impetigo, von Rud. Oehler 463
Impetigo contagiosa, von Jay F. Schamberg 463
Über einen Fall von Pemphigus chronicus der äußeren Haut und der Schleimhäute mit Horncystenbildung, von Mertens 463
Ein Fall von Pemphigus neonatorum bei einem drei Tage alten Kinde von C. J. Glasson 464
Ein Fall von Pemphigus neonatorum bei einem drei Tage alten Kinde, von V. J. Hogdson 464
Ekzema seborrhoicum Unna, von Bonne 524
Ätiologie des Ekzems, von Bockhart & Bender 524
Dermatomyasis, von Freund 525
Über Pityriasis rubra (Hebra), von Tschlenow 530
Ein Hautausschlag im Verlauf einer Pseudo-Leukaemia lymphatica, von Ch. Audry 530
Fall von Pityriasis rubra pilaris, von Beatty 593
Keratosis follicularis, von Sokoloff 503
Über Pemphigus neonatorum, von Paul Richter 596
Ein Beitrag zur Kenntnis der Dermatitis exfoliativa universalis acuta Wilson-Brocq, von E. Brunsgaard 597
Behandlung der Pustula maligna mit Ichthyol, von B. Jaffé 600
Über Lichen simplex chronicus, von B. Marcuse 621

b. Cutis.

Fall von Dermatitis gangraenosa infantum, von G. Little 20
Fall von extensivem Lichen planus, von C. W. Allen 27
Ein Fall von Dermatitis herpetiformis pustulosa, von G. W. Wende und H. D. Pease 26
Akromegalic, von Sherwell 21
Folliculite atrophiante, von Klingmüller 85
Die disseminierte Hautgangrän der Kinder, von A. Veillon und J. Hallé 91
Karfunkel, von R. Carothers 230
Zur Therapie des Ulcus Ducrey (Ulcus molle s. venereum), von Franz v. Poór 135
Behandlung von Fisteln und Schankerbubonen mittelst Traumatoglycerin, von B. Desmous 231
Ein Fall von Lichen planus der Nägel, von W. Dubreuilh 290
Ein Fall von Lichen planus annularis, von M. F. Engmann 290
Das Quecksilber in der Behandlung des Lichen planus, von Th. G. Lusk 291
Condylomata acuminata linguae oder venerische Warzen der Zunge, von M. L. Heidingsfeld 291
Ein Fall von Dermatitis herpetiformis pustulosa, von P. Loth 294
Über Lichen ruber moneliformis (Kaposi), von J. Bukovsky 397
Zur Histologie der Pellagrahaut, von E. Vollmer 398
Mykosis fungoides, von Laurence Potts 406
Über einen Fall von Lichen scrophulosorum, von Colombini 408
Die Bierhefe bei der Behandlung der Furunkulose, von Panichi 409
Milzbrand der Haut und der inneren Organe, von Herrmann 448
Untersuchungen über den Stoffwechsel in einem Falle von Lichen ruber planus von F. Radaeli 459
Eine neue Behandlungsmethode des Ducreyschen Geschwüres, von F. Poór 464
Über die Entwickelung des Ulcus molle und des venerischen Bubo in Bezug auf die Jahreszeiten, von Simonelli 465
Massage bei Lymphangitis, von Batsch 465
Eine Studie über Bubonen und deren Behandlung, von Fred. Griffith 465

Seite

Ein Fall von bedeutender Besserung der Elephantiasis durch Kalomelinjektionen von Schaginan ... 466
Die Phenolo- und Serotherapie der Pustula maligna, von Frederici ... 467
Über das operative Verfahren beim Karbunkel, von Herrera ... 467
Biskrabeule, von Favre ... 468
Über Rhinoskleroma, von H. Javecky ... 468
Fall von Rhinoskleroma mit regionären metastatischen Drüsenschwellungen, von S. Róna ... 468
Fall von primärem Favus des Gesichtes, von Malinconico ... 469
Über die Stomatitis aphtosa und ihren Einfluſs auf die Entwickelung der chronischen Affektionen, von Arthaud ... 469
Ein Fall von Dermatitis nach akutem Lichen planus, von T. S. Short ... 470
Vorläufige Mitteilung über verbesserte Methoden bei der Behandlung der Kupfernase und zur dauernden Entfernung lästiger Haare, von Bloebam ... 470
Chirurgische Behandlung der Acne hypertrophica, von Romme ... 470
Gefrierbehandlung des Ulcus molle und Lupus vulgaris, von Arning ... 521
Ein Fall von Dermatitis vegetans. von M. B. Hartzell ... 594
Über Rhinophyma, von F. B. Solger ... 621

Progressive Ernährungsstörungen.

Fall von Xanthoma, von Sequeira ... 20
Pigmentiertes Neoplasma der Haut, von Sequeira ... 20
Flache Warzen, von Sequeira ... 21
Subepidermoidale Epithelialgeschwulst, von Whitfield ... 21
Ein Fall von Neurofibromatose mit gleichzeitiger Skoliose, von Ch. Audry ... 25
Benigne, epitheliale Tumoren der Haut, von B. H. Buxton ... 25
Xanthoma dispersum, von Matzenauer ... 85
Arsenkeratom, von Geyer ... 85
Zur Kenntnis des Keratoma hereditarium palmare et plantare, von Hans Vörner 120
Epithelioma adenoides cysticum, von M. Wolters ... 122
Über Lymphangioma circumscriptum cutis, von Hugo Schnabel ... 125
Epithelioma adenoides cysticum, von M. Wolters ... 125
Behandlung des Hautepithelioms; mit Kasuistik, von William Allen ... 129
Einen Fall von multiplen Spontankeloiden, von Rille ... 165
Über spontane multiple Keloide, von W. Reiss ... 166
Epitheliomatosis juvenilis der äuſseren Geschlechtsteile, von Ch. Audry ... 177
Ist Krebs heilbar? von A. Adamkiewicz ... 231
Ein Fall von idiopathischem, multiplem Pigmentsarkom, von J. H. Sequeira und W. Bulloch ... 232
Sarcoma und sarkoide Geschwülste der Haut, von J. C. Johnston ... 233
Multiples, knotiges Melanocarcinom der Haut, von A. Ravogli ... 293
Das Sarkom und die sarkoiden Geschwülste der Haut, von J. C. Johnston ... 292
Beitrag zur Klinik und Histologie des Arsenikkrebses, von Ullmann ... 387
Cancroidtherapie ... 390
Über Geschwülsse bei Xeroderma pigmentosum-Kaposi, als Beitrag zur Kenntnis des Medullarkrebses der Haut, von Karl Kreibich ... 396
Über das Lupus-Carcinom, von N. Ashihara ... 399
Pathogenese und Behandlung des Keloids, von Goldmann ... 439
Zur Histologie des Hydrokystadenoms, von Gasmann ... 440
Ein im Narbengewebe nach Lupus vulgaris entstandenes Hautendotheliom, Angiosarkom der Haut, von J. A. Fordyce ... 445
Ätiologie und Pathologie des Hautkrebses, von A. Ravogli ... 446
Ein Fall von Muttermal-Krebs; Metastase, Operation; Heilung, von S. Pollitzer 446
Ein Fall von Xanthoma diabeticorum, von S. Sherwell und J. C. Johnston .. 446
Die Blastomyceten in der Ätiologie der malignen Tumoren, von Morgan ... 471
Ein Fall von Pseudoleukämie der Haut, von Kirkoroff ... 471
Zur Therapie des Cancroid, von O. Lassar ... 471
Behandlung von Hautcarcinomen ohne Operation, von Henry W. Stelwagon . 471
Beitrag zum Studium der Riesenzellen und der Leukocyten beim Epitheliom der Schleimschicht, von Polier ... 471
Zwei Fälle von Pagetscher Krankheit, von Asselberghs ... 472

Seite

Fälle von Pagets Disease, von Myxödem und von Molluscum contagiosum conglomeratum capitis, von Dubois-Havenith ... 472
Granuloma innominatum lupiforme im Gesichte und am Halse, von T. de Amicis 472
Bericht über zwei Fälle, welche den Übergang von Verruca senilis in Carcinom demonstrierten, von G. W. Browne ... 473
Verkalkte Hygrome und subcutane Granulome, von Milian ... 473
Ein neues Verfahren zur Exstirpation der erektilen Tumoren des Haarbodens, von Arghir Babes ... 473
Zwei Fälle von subungualen Tumoren, von Pouly ... 473
Vier Fälle von Lymphangioma cysticum congenitum, von Ligorio ... 474
Angioma cysticum der Nase, von Henry Lewis Wagner ... 474
Fall von symmetrischer Lymphangiektasie beider Oberlieder, von Aubaret ... 474
Symmetrisches Xanthelasma beider Unterlider, von Jacqueau ... 474
Ein Fall von Xanthoma in Knoten und in Tumoren, von Duhot ... 475
Über Xanthom, von Rille ... 475
Über Morbus Addisonii, von Huismann ... 475
Therapie des Cancroids mit interner Arsenanwendung, von Lassar ... 521
Neurofibromatosis generalisata mit entzündlicher Reizung der Schweifsdrüsen, von Henri Malherbe ... 529
Pagets Disease, von W. Dubreuilh ... 592
Über die Histologie der Yaws, von J. M. Mac Leod ... 592
Keloidbehandlung, von Tschlenoff ... 593
Pagets Disease der Vulva, von W. Dubreuilh ... 624
Ein Fall von disseminiertem seborrhoischen Epitheliom, von A. H. Ohmann-Dumesnil ... 626

Pigmentanomalien.

Arsenikmelanodermie, von Gaucher ... 88

Regressive Ernährungsstörungen.

Fall von Morphoea, von Sherwell ... 23
Fall von Leukoplasia, von J. M. Wienfield ... 23
Zur Urologie der Patienten mit Alopecia areata, von Jacquet ... 85
Pseudolupus erythematosus, von Du Castel ... 86
Zur Histologie der Sclerodermia circumscripta, von Sarubin ... 91
Lupus erythematosus bei Geschwistern, von S. Róna ... 168
Über eine chronische Ulceration des Gesichts als Vorläufer einer Tabes dorsalis, von G. Thibierge ... 175
Ein dritter Fall von Lupus erythematosus mit Riesenzellen, von Ch. Audry ... 177
Ein wichtiger Fall von Area Celsi, von Pantaleoni ... 178
Behandlung des Ulcus varicosum mit Pikrinsäure, von B. Desmous ... 231
Drei Fälle von Ulcus rodens, nebst klinischen, histologischen und therapeutischen Bemerkungen, von Carle ... 290
Alopecia, von Lassar ... 389
Leukoplakien, von Perrin ... 389
Lupus erythematosus, von Henry Waldo ... 405
Klinische und ätiologische Betrachtungen über einige Fälle von Alopecia areata, von Poggi ... 407
Über die Behandlung des Lupus erythematosus mit frequenten Unterbrechungsströmen nach Bisserié, von J. Himmel ... 409
Zur Histologie der Sclerodermia circumscripta, von W. Sarubin ... 409
Pathogenese der Alopecia areata, von Jacquet ... 440
Durch Elektrolyse geheilte Sklerodermie, von Balzer ... 440
Haarschwund; eine auf Beobachtung von 300 Fällen in der Privatpraxis gegründete klinische Studie, von G. T. Jackson ... 443
Zur Behandlung der Unterschenkelgeschwüre, von O. Schulze ... 475
Zur operativen Behandlung der Varicen und der varikösen Phlebitis, von Karewski ... 476
Malum perforans plantae pedis, von Dubreuilh und Denier ... 476
Über Alopecia areata, von Lassar ... 476

Seite

Beitrag zum Studium des Myxödems bei mehreren Mitgliedern derselben Familie infolge heteromorpher Heredität, von Ceñal ... 476
Lupus erythematosus bei Geschwistern, von S. Róna ... 477
Die Anwendung von überhitzter Luft (Tallermansystem) bei Sklerodermie, von F. Neumann ... 477
Behandlung der Sklerodermie, von Ullmann ... 521
Alopecia areata als Trophoneurose der Haut, von Ter-Gregorianz ... 530
Fall von Leukodermia, kombiniert mit Morphoea und Alopecia, von Eddowes . 593
Klinik und pathologische Anatomie des Ulcus rodens, von W. Dubreuilh ... 624

Mifsbildungen.

Naevus lichenoides pruriginosus, von Schäffer ... 85
Über Bildungshemmungen an männlichen Genitalien, von M. Kusnetzow ... 91
Ein Fall von Naevus verrucosus linearis, von Sprecher ... 408
Kongenitale mangelhafte Entwickelung der Haare, von Danlos ... 441
Über einen Fall von wachsendem Pigmentnaevus mit eigentümlichen hydropischen Erscheinungen (Anasarka und vorwiegend einseitiger Pleuraerguſs), von Bäumler ... 478
Die Ursache der Streifen beim Naevus linearis, von D. W. Montgomery ... 594

Saprophyten und Fremdkörper.

Über einen vom Pediculus pubis gebildeten Farbstoff, von Moritz Oppenheim 399
Eine Pilzkrankheit; die Dermatitis protozoica Rixfords und Gilchrists, von D. W. Montgomery ... 446
Dermatitis blastomycetica und deren Beziehung zu Framboesia, von J. Dyer ... 446
Drei Fälle von Blastomycesinfektion der Haut, von denen der eine nur in einem „Tumor“ der Unterlippe bestand, von F. H. Montgomery ... 447
Bericht über zwei Fälle von Blastomycosis cutis beim Menschen, nebst einer Übersicht der Litteratur über Blastomycosis hominis, von J. N. Hyde und H. T. Ricketts ... 447
Diffuses subcutanes Emphysem in einem Falle von aufgeregter Melancholie, von Tirelli ... 477
Pigmentierung der Haut, verursacht durch den Demodex folliculorum, von W. Dubreuilh ... 478
Ein vom Pediculus pubis gebildeter Farbstoff, von Oppenheim ... 525

III. Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

a. Penis, Urethra, Blase.

Beitrag zur Kenntnis der Trabekelblase bei der Frau, von Pollock ... 90
Zur Blutstillung und Nachbehandlung der Meatotomie, von Baer ... 90
Zur Extraktion der Fremdkörper aus der Blase, von G. Berg ... 90
Hydrargyrum oxycyanatum in der Behandlung der Harnröhren- und Blasenaffektionen, von Genouville ... 92
Über die Technik der Cystoskopie, von L. Ferris ... 93
Das Rezidiv der Blasensteine, von Guyon ... 119
Über zwei Fälle von Lithotripsie ausgeführt unter Analgesie durch Kokainisierung des Rückenmarks, von Kallionzis ... 120
Über die echte typhöse Cystitis und ihre Behandlung, von P. Horton-Smith .. 127
Stein in einem Divertikel der Harnröhre des Weibes, von G. Nicolich ... 128
Günstige Wirkung des Urotropins bei Pyelitis und Cystitis, von J. Pollock Simpson ... 130
Über Behandlung der chronischen Cystitis (Cystitis rebelle) mittels Kurettement der Harnblase, von F. Stockmann ... 172

Seite

Über die Urethrotomia externa nach der Methode von Henry Morris und über ihre Sonderheiten im Vergleich zu den anderen Methoden derselben Operation bei Behandlung der inoperablen Harnröhrenstrikturen, von A. A. Wroedenski ... 172
Cystitis, von John R. Wathen ... 174
Über den Wert der Cystoskopie für die Diagnose der Tumoren der Ureteren und für die Wahl der Operation bei fixierten Blasensteinen, von Pierre Héresko 176
Diverticulum der Blase, begleitet von persistierender Bakteriurie, von G. K. Swinburne ... 291
Eine Modifikation von Cocks Methode der Urethrotomia externa, von P. R. Bolton 292
Ein Fall von Ulcus der Blase, von G. Mc Gowan ... 293
Ein neuer Fall von spät eintretender traumatischer Striktur, von H. Berthier. 406
Fremdkörper der Blase, von Sawakansky ... 407
Zur Behandlung der Blasengeschwülste, von Loewenhardt ... 439
Cysteskopische Befunde bei Blasentuberkulose, von Barlow ... 450
Tuberkulose der Harnorgane und ihre Behandlung, von Fritz Rörig ... 450
Zwei seltene Fälle von Blasenstein, von Fritz Rörig ... 450
Zur Behandlung der Blasengeschwülste, von Loewenhardt ... 451
Experimentelle Untersuchungen über die Infektion der Harnblase, von Faltin.. 451
Über das infiltrierte Carcinom der Blase, von Englisch ... 451
Das moderne Urethroskop, von William Otis ... 532
Einige Fälle von infektiöser Cystitis, hervorgerufen durch Autointoxikation, von Barthélemy Guisy ... 533
Weitere experimentelle Untersuchungen über die Infektion der Harnblase vom Darm aus, von Faltin ... 451
Ein zweiblätteriger Spüldilatator, von Arthur Lewin ... 452
Die Mikrobiennester der Urethra, von Jules Janet ... 457
Anatomisches und Ethnologisches über den Geschlechtsapparat des Mannes, von Eberth ... 479
Rückblick und Aussichten in der Chirurgie der Harngenitalwege, von Regin. Harrison ... 479
Zwei Fälle von urogenitaler Colibacillose, von Karo ... 480
Einige Krankheiten des Urogenitalapparates und ihre elektrische Behandlung, von W. H. Walling ... 480
Ein neuer Beitrag zur Formalindesinfektion, speziell in der Urologie, von Richard Loeb ... 480
Zur Sterilisation der weichen Katheter, von Mankiewicz ... 480
Sterilisation elastischer Katheter, von L. Wolff ... 481
Die Vorteile der Circumcision, von Blizzard Curbruy ... 481
Vier Fälle von sogenannter „plastischer Induration" der Corpora cavernosa penis nebst Berücksichtigung der übrigen im Corpus cavernosum penis vorkommenden Verhärtungen, von Otto Sachs ... 481
Über ein Urethro-Kalibromanometer und dessen Anwendung, von Vajda ... 483
Carcinom der Urethra; perineale Urethrostomie, von G. Gayet ... 482
Fremdkörper in der Urethra, von H. W. Cloucker ... 483
Ein seltener Fremdkörper in der Harnröhre, von O. Schulze ... 483
Über die Bedeutung von Harnröhrenstrikturen bei der Behandlung der Blennorrhoe, von Ludwig Stein ... 483
Die chirurgische Behandlung der Harnröhrenstrikturen, von Martens ... 484
Über Harnröhrenstriktur, von Ribmer ... 484
Die Urethrotomia interna bei der Behandlung der Strikturen, von Alfred Hock 485
Nachbehandlung der Urethrotomia externa perinealis, von J. D. Thomas ... 485
Neue Untersuchungen über die Innervation der Blase, von M. v. Zeissl ... 485
Zur Pathologie und Therapie der Narbenschrumpfblase, von Rothschild ... 486
Chronische Cystitis, von Marsch ... 487
Cystitis tuberculosa, von Guyon ... 487
Die moderne Therapie der Cystitis, von Karl v. Hofmann ... 487
Die intravesikalen Zeichen von perivesikalen Entzündungsprozessen beim Weibe, von Fr. Bierhoff ... 487
Resultate, welche aus der Heilung chronischer Defekte der Blasenfunktion, von Eugen Fuller ... 488
Das infiltrierte Carcinom der Harnblase, von Josef English ... 488
Fremdkörper in der Harnblase des Mannes, von Fritz Pendl ... 489

Seite

Ein Fall von erfolgreicher Lithotomia lateralis bei einem kleinen Knaben wegen ungewöhnlich grofsen Blasensteins, von T. V. Jackson 489
Subcutane Ruptur der Harnblase. Operative Heilung, von Th. Eisner 489
Über intraperitoneale Blasenruptur, von Krabbel 489
Modifiziertes Maisonneuve-Urethrotom, von Goldberg 629

b. Hoden und Samenbläschen.

Die Varicocele und ihre Radikalbehandlung, von Harry C. Weber 174
Inversion der Tunica vaginalis wegen Hydrocele, von Greene 294
Beitrag zum anatomisch-pathologischen Studium der Samenblasen, von Robert Duhot 406
Präparate einer Nebenhoden-Hodentuberkulose, von F. König 439
Tuberkulose von Hoden und Nebenhoden, von F. König 439
Spontane oder traumatische Rupturen der Hydrocelen der Tunica vaginalis, von Mauclaire und Vinsonneau 458
Geschichte der Samenkörperchen, von P. E. Launois 489
Beitrag zum Studium der pathologischen Anatomie der Samenbläschen, von Robert Duhot 490
Über Charcot-Leydensche Krystalle und Spermakrystalle, von B. Lewy 490
Zur Therapie der Impotentia virilis, von J. Zabludowski 491
Über die Wirkung des Alkaloids Johimbin auf den tierischen Organismus und über seine Bedeutung für die Behandlung der Impotenz, von Krawkoff ... 491
Fall von voluminösem Lipom des Samenstranges, von Fraikin und L. Rocher 491
Radikalbehandlung der Varicocele durch Resektion der Venen im Inguinalkanal, von Chenisse 491
Tuberkulose des Hodens und Nebenhodens, von Irvin Abell 626
Hodengeschwülste, von John R. Wathen 627

c. Prostata.

Das Phänomen der schwimmenden Tropfen (les gouttes flottantes). Ein Beitrag zur Diagnostik der Prostatitis, sowie zur Physiologie der Prostata, von F. Schlagintweit 90
Studie über die Steine der Prostata: pathologische Anatomie und Pathogenese, von Octave Pasteau 93
Einige Bemerkungen über den Prostatismus vom anatomisch-pathologischen Standpunkte aus, von Stanislas Ciechanowski 120
Über die partielle Resektion der Vasa deferentia bei seniler Prostatahypertrophie und über die Resultate dieser Operation, von Kudinzew 127
Über die Behandlung der Prostatahypertrophie. von M. Krotoszyner 173
Ein Fall von Prostatektomie, von James Bell 292
Zur Behandlung der Prostatahypertrophie, von Goldmann 439
Soll man während der Bottinischen Incision den Zeigefinger im Rectum des Patienten haben? von Freudenberg 450
Über die Schwierigkeit, den Bottinischen Incisor an der gewünschten Stelle der Prostata anzusetzen, von Schlagintweit 450
Erwiderung auf Schlagintweits „Bemerkungen zu Freudenbergs Bemerkungen“ in Heft 5 dieses Centralblattes, von Freudenberg 451
Schlufsbemerkung zu Freudenbergs „Erwiderung“ auf Seite 301 dieses Heftes, von Schlagintweit 451
Schlufsbemerkung zu Schlagintweits Schlufsbemerkung auf Seite 305 dieses Centralblattes, von Freudenberg 451
Die Bottinische Operation bei Prostatahypertrophie, von Goldberg 455
Klinik, Diagnostik, Therapeutik der Prostatitis bei und nach Blennorrhoe, von Berthold Goldberg 492
Über die Wahl der Katheter und einige Schwierigkeiten der Katheterisierung bei Prostatikern, von S. Banzet 493
Die Behandlung der Prostatahypertrophie, von C. Posner 493
Ein Beitrag zur Behandlung der Prostatahypertrophie, von Braun 493
Die Kinesitherapie der Prostata, von Pietranera 494
Über einen Fall von Prostatectomia suprapubica, von E. Loumeau 494

Seite

Über einige Einzelheiten bezüglich der Behandlung des Prostatismus, von F. P. Guiard 531
Zur Würdigung der Bottinischen Operation bei Prostatahypertrophie, von Carl Stern 533
Der gegenwärtige Stand der Bottinischen Operation gegen Prostatahypertrophie, von Leonard Freeman 628

d. Nieren, Ureteren, Harn.

Phosphaturia calcaria dyspeptischen Ursprungs, von M. Robin 32
Über Ureteritis cystica, von Desider Róna 128
Ureterenkatheterismus beim Manne. Ein neues Cystoskop, von Bransford Lewis 130
Eine klinische Studie über Nierenchirurgie, von Archibald Mac Laren 173
Autointoxikation durch Insufficienz der Nieren mit und ohne Nierenerkrankung, von James T. Jelks 174
Die harnsaure Diathese, von J. H. Salisbury 174
Über die gewöhnlichen Formen der Nierentuberkulose und die Indikationen der Nephrektomie, von F. Legueu 175
Über die Nierenkontusion und ihre Behandlung, von Paul Delbet 176
Der Downesche Urin-Segregator (Separate Urine-Siphon), von G. Nicolich 176
Untersuchungen des Urins bei Erkrankungen der Sexualorgane des Mannes, von Louis Heitzmann 294
Erfahrungen über Uretersteine, von Thorskild Rovsing 403
Radiographie an sondierten Ureteren und Nieren, von L. E. Schmidt und G. Kolischer 408
Über die Brauchbarkeit der Hefegärung zum Nachweise des Traubenzuckers im normalen Harn, von Malfatti 450
Bestimmung des Ureterenverlaufs vor der Operation, von Loewenhardt 451
Über die Bestimmung kleiner Traubenzuckermengen im Harn durch Gärung, von Lohnstein 451
Elektrolyse und Urininfiltration, von Léon Imbert und Pierre Bosc 459
Über die Möglichkeit einer rückströmenden Bewegung des Blaseninhaltes in die Ureteren, von Jacobelli 494
Kleine Beiträge zur Methodik der Harnuntersuchung, von Adolf Jolles 494
Über den Wert der Harncylinder bei der Diagnose und Prognose der Nierenaffektionen, von Gimenez 494
Eine im Urin vorkommende Substanz, die nicht aus den Nieren stammt, von Hugounenq 495
Zur Desinfektion des Harns bei Typhusbakteriurie durch Urotropin, von Schumburg 495
Irrtümer in der Urinuntersuchung, von Louis Heitzmann 495
Beitrag zum Studium des Eiweifsgehaltes des Urins, von Taidelli 496
Über diarrhoische und obstipatorische Albuminurie, von B. Stiller 496
Zum Nachweis geringster Eiweifsmengen, von Praum 496
Bemerkungen zur Frage der Anurie, von Königsee 496
Über einen Fall von paroxysmaler Hämoglobinurie, von Martini 497
Ein Beitrag zur Frage der Alkoholglykosurie, von Karl Reuter 497
Der Nachweis der Zuckerarten beim Kinde, von P. Nobécourt 498
Zum Nachweis des Zuckers im Harn, von Franz Musset 498
Zur Diagnostik der chirurgischen Nierenkrankheiten, von Alexander Gellert. 583
Zur Kenntnis der chirurgischen Behandlung der angeborenen Harnleiteranomalien, von Grosglik 599
Weitere Beiträge zur Hämatologie der Niereninsufficienz, von Kövesi und Suranyi 629

e. Labien, Vagina etc.

Komplete Atresia vaginae, von W. E. Fothergill 33
Komplete Atresia vaginae, von J. M. Cotterill 33
Ein Fall von Atresia vaginae, von St. M. Laurence 33
Retention menstruellen Blutes infolge von Atresia vaginae, von Ch. J. Cullingworth 33

Seite

Varicocele der Labia majora, von J. E. Rosenstein 33
Erosive Balanitis der Clitoris mit Spirillen, von Druelle 442
Kraurosis vulvae, von Prochownick 498
Über die primäre Tuberkulose der Vagina und über einen auf operativem Wege geheilten Fall, von Jorfida 499

f. Blennorrhoe und Komplikationen.

Pathologie und Therapie der Blennorrhoe, von A. Buschke 34
Zur Prophylaxe und Therapie der Blennorrhoe, von W. Steckel 34
Tripper gegen Syphilis, von W. R. Blue 35
Welche Punkte hat die Blennorrhoeuntersuchung der Prostituierten zu berücksichtigen und wie ist sie auszuführen? von Carl Gumpertz 35
Persönliche Prophylaxe und Abortivbehandlung des Trippers beim Manne, von C. Kopp 36
Bemerkungen zu dem Aufsatze von Prof. Kopp über „persönliche Prophylaxe und Abortivbehandlung des Trippers", von C. Fraenkel 36
Die Blennorrhoe und unser moderner Standpunkt in der Frage der Behandlung derselben, von Henry J. Scherek 37
Der Nachtripper (Goutte militaire), von M. L. Jullien 37
Tripper und Ehe, von M. v. Zeissl 38
Blennorrhoe und Ehe, von E. C. Burnett 38
Tripper und einige seiner Komplikationen beim Mann, von John P. Gilmer .. 39
Über das Vorhandensein von Gonokokken im Blute, von Jullien 39
Die Bedeutung des Gonococcus für die Therapie der chronischen Blennorrhoe, von Wossidlo 39
Die Gonokokkeninfektion, deren unmittelbare und weiteren Folgen, von Will. E. Ground 39
Ursachen der blennorrhoischen Allgemeininfektionen, von F. Balzer 40
Die Folgeerkrankungen der Blennorrhoe und deren Bedeutung für die Chirurgie, von König 40
Ein Fall von Endocarditis gonococcica mit kongenitaler Anomalie der Mitralis, von Mc Caskey 41
Untersuchungen über einen Fall von ulceröser Endocarditis blennorrhoica und Züchtung des Gonococcus, von A. J. Lartigau 41
Ein Fall von Endocarditis blennorrhoica, von Ludwig Stein 41
Ein durch Gelingen der Reinkultur bewiesener Fall von Endocarditis blennorrhoica, von M. Wassermann 42
Die blennorrhoischen Allgemeininfektionen (Endocarditis, Arthritis, Tendovaginitis, Abscesse), von W. Scholtz 42
Über blennorrhoische Arthritis, von K. Baur 42
Ein Fall eines intrapräputial gelegenen blennorrhoischen Lymphtumors, von Hans Mysing 42
Behandlung der blennorrhoischen Epididymitis mit Methylchlorid, von Roger .. 43
Über blennorrhoische Cystitis beim Weibe, von F. Bierhoff 43
Zwei Fälle von Rectalblennorrhoe als Folge von Entleerung blennorrhoischer Eiteransammlungen ins Rectum, von W. Karo 44
Ein Fall von blennorrhoischen Gelenk- und Hautmetastasen im Anschluſs an Blennorrhoea neonatorum, von Jens Paulsen 44
Osteomyelitis blennorrhoica, von E. Ullmann 44
Kataplasmen bei blennorrhoischer Arthritis und Tendovaginitis, sowie anderen Komplikationen der Blennorrhoe, von Albert Freudenberg 45
Die Coxitis blennorrhoica, von König 45
Zur Behandlung der Vulvovaginitis der kleinen Mädchen, von F. Siebert 45
Über die Beteiligung der Uterusschleimhaut bei der Vulvovaginitis blennorrhoica der Kinder, von Gassmann 46
Vulvovaginitis der kleinen Mädchen, von Hermann B. Sheffield 46
Über blennorrhoische Nervenerkrankungen, von A. Eulenburg 47
Ein Fall von blennorrhoischer Myelitis, von M. Labbé 47
Über gonorrhoische Augenerkrankungen, von Greeff 47
Über die Behandlung des Augentrippers der Neugeborenen, von Henri Copper 48
Einige Erfahrungen und Betrachtungen über die Blennorrhoebehandlung von Leopold Casper 48

Seite

Über die moderne Therapie der Blennorrhoe des Mannes, von W. Scholtz 49
Zur Diagnose und Prognose der Blennorrhoe des Mannes, von Köppen 49
Die Prophylaxe des Trippers, von M. v. Zeissl.... 49
Zur Behandlung der chronischen Blennorrhoe, von A. Arnheim..... 49
Ein Beitrag zur Behandlung der Blennorrhoe, von H. Strebel..... 49
Die rationelle Behandlung der chronischen Blennorrhoe durch Massage, von F. G. Möhlau..... 50
Tripperheilung mit Rothschen Leuchtbougies in ca. zwölf Stunden, von E. Below 50
Über Druckspülungen zur Behandlung der akuten und chronischen Blennorrhoe, von Kutner 50
Über die Wirkung des Ichthargans bei Blennorrhoe und anderen Urogenitalleiden, von H. Lohnstein 51
Über die therapeutische Verwendung des Ichthargans, von M. Eberson 51
Über die Anwendung des Bismuthum citrico-ammoniatum allein und in Verbindung mit Argentum nitricum bei der Behandlung der Blennorrhoe, von F. Balzer und Leroy 52
Einige Bemerkungen über Mercuriol, ein neues Mittel bei Urethritis, von Ramon Guiteras 52
Über Blennorrhoebehandlung mit Gelatose-Silber, Albargin, von Bornemann .. 52
Die Behandlung des Trippers mit Acidum nitricum, von Porosz 90
Neue Untersuchungen über Protargol in der Behandlung des Harnröhrentrippers, von A. d'Haenens 94
Beitrag zur Protargolbehandlung der Blennorrhoe beim Manne und beim Weibe, von Ernst Adler..... 94
Prophylaktische Ausspülungen mit Protargol in Bordellen, von Fertig..... 94
Über die persönliche Prophylaxe und abortive Behandlung der Blennorrhoe, von L. Blanck 94
Über Tripperbehandlung mit Protargol, von Niessen 95
Über die Lagerung der Gonokokken in blennorrhoischen Sekreten, von Robert Herz 123
Über einen Fall reiner Gonokokkencystitis, kompliziert durch heftige Blasenblutungen, von Heller 126
Erwiderung auf die Bemerkung von Dr. Scholtz zu meiner Arbeit: Wann können wir die Blennorrhoe als geheilt ansehen? von Leonhard Leven 126
Welche Gesichtspunkte sind bei der Beurteilung der Infektiosität chronischer, postblennorrhoischer Urethritiden maßgebend? von W. Scholtz 126
Follikuläre und periurethrale Abscesse beim Manne, von William F. Bernart 128
Die Gonokokken in den blennorrhoischen Sekreten, von A. Ravogli 129
Allgemeininfektion bei Tripper 388
Ein Fall von Purpura infolge blennorrhoischer Allgemeininfektion, von Franz Weiss 399
Über einige Fälle von Arthritis blennorrhagica, von Bosellini..... 407
Ein Apparat zur Sitzbestimmung der Urethritis und Urethrocystitis blennorrhoica, das Urotoposkop, von J. Castracane 408
Die Behandlung schwer zu passierender Strikturen, von Stein 521
Glasapparat zur Dreigläserprobe, von Dreyer..... 523
Abortivbehandlung der Gonorrhoe, von Blaschko 525
Kritische Bemerkungen zur Pathologie und Therapie der chronischen Gonorrhoe beim Manne, von Neuberger 525
Rheumatismus gonorrhoicus, von Schuster..... 526
Spülbecken, von Dommer..... 526
Spüldehner, von Frank 526
Albargin, ein neues Antigonorrhoicum, von Chrzelitzer..... 598
Eine einfache Kulturmethode für den Gonococcus, von v. Niessen..... 623
Ist der Tripper eine heilbare Krankheit? von Martin Krotoszyner..... 626
Soll die Blennorrhoe als lokales oder konstitutionelles Leiden angesehen werden? von F. R. Sturgis..... 629
Zur Blennorrhoefrage, von Boleslav Lapowski..... 630
Blennorrhoe, von Henry H. Koehler..... 630
Über blennorrhoische Exantheme bei Neugeborenen, von Jens Paulsen 630
Über chronische Blennorrhoe, von John van der Poel..... 630
Über einige seltene Lokalisationen des Gonococcus, von Torelli..... 631
Die Gonokokken in den blennorrhoischen Sekreten, von A. Ravogli 632

Seite

Gonokokkeninfektion bei einem Säugling; metastatische Gelenkabscesse, von W. L. Johnson ... 632
Über die blennorrhoische Gelenkentzündung, von E. Bennecke ... 632
Behandlung der blennorrhoischen Gelenkentzündungen während der akuten entzündlichen und fieberhaften Periode mit dem galvanischen Strom, von Louis Delherm ... 632
Über die nervösen Komplikationen der Blennorrhoe, von Delamare ... 633
Die Behandlung der Komplikationen der akuten blennorrhoischen Urethritis posterior, von James Pedersen ... 633
Die sexuelle Impotenz infolge Trippers und seiner Komplikationen, von Filarétopoulo ... 634
Über blennorrhoische Conjunctivitis, von Ward A. Holden ... 634
Myositis blennorrhoica, von M. W. Ware ... 634
Meningitis blennorrhoica, von Carl Hoening ... 635
Über die Beteiligung der Uterusschleimhaut bei der Vulvovaginitis blennorrhoica der Kinder, von Gassmann ... 635
Die Behandlung der blennorrhoischen Vaginitis, von Robin und Dalché ... 635
Über die Prophylaxe der Tripperinfektion, von Thomas Marschalkó ... 635
Zur Prophylaxe der Blennorrhoe, von Ernst Frank ... 636
Die Prophylaxis der Blennorrhoe, von J. Krausz ... 636
Die Behandlung des akuten Harnröhrentrippers, von Paul Bleicher ... 636
Die moderne Behandlung der akuten Blennorrhoe, von G. Knowles Swinburne ... 636
Die moderne Behandlung des akuten Trippers beim Manne, von P. Thimm ... 637
Die moderne Blennorrhoebehandlung, von G. Dalton ... 637
Die moderne Behandlung der chronischen Blennorrhoe und der Urethritis postblennorrhoica. von Valentine ... 638
Behandlung der blennorrhoischen Harnröhrenstriktur, von James R. Hayden ... 638
Über die Dilatation bei der chronischen Urethritis, von Bastin-Williams ... 638
Ein neues Spülbecken für Harnröhren- und Blasenspülungen, von Reinhold Ledermann ... 638
Der Wert des Argentamin für die Behandlung blennorrhoischer Affektionen, von J. W. Frieser ... 638
Zur Behandlung der Blennorrhoe mit Ichthargan, von M. Fürst ... 639
Die Behandlung der Blennorrhoe durch häufige Irrigationen von physiologischer Kochsalzlösung, von Woodruff ... 639
Die Behandlung der Blennorrhoe mit Acidum picricum, von H. de Brun ... 639
Wirkung des Protargols bei der Blennorrhoe, von Strano ... 639

Verschiedenes.

73. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte 1901 in Hamburg ... 95
Röntgenausstellung ... 96
Taillensuspensorium ... 96
Die soziale Bedeutung der Hautkrankheiten, von O. v. Petersen ... 148
Ein Fall von Coma durch Auflegen von Karbolkompressen auf die unverletzte Haut, von D. Douglas-Crawford ... 148
Bemerkungen über die dermatologische Nomenklatur, von L. Philippson ... 169
Antrittsrede des Vorsitzenden der Jahresversammlung der amerikanischen dermatologischen Gesellschaft, abgehalten in Chicago im Juni 1901, von Shepherd ... 297
Fall einer scheinbaren Urticaria, von Bruhns ... 420
Melkerknoten, von Bruhns ... 420
Lues hereditaria, von Bruhns ... 420
Die subcutanen Injektionen von Unguentum Paraffini, von Moscowicz ... 500
Natur und Behandlung der Leukoplakia buccalis, von Paul Combalat ... 603
Skorbut, Morbus Addison und Sklerodermie, von Hans Haenel ... 603

Seite
Zur Frage der merkuriellen Angina, von Glawsche 604
Die Anomalien und Krankheiten der Haut in ihrer Bedeutung für die Lebensversicherung, von P. Grosse 604
Baloverband und Heftpflastersuspensorium, von Karl Gerson..... 656
Einfluſs von Spiritusverbänden auf entzündliche Vorgänge in der Haut, von Plato 656

Sachverzeichnis 657
Namenverzeichnis 672

Verzeichnis der Tafeln.

Zu S.
Die histologischen Merkmale der syphilitischen Exantheme im Vergleich mit den klinisch ähnlichen Dermatosen, von Franz Krzyształowicz (I—III). 205. 261
Ein Fall von mit weiſsen Flecken einhergehender, bisher nicht bekannter Dermatose, von Fr. Westberg (IV) 355

401

BOSTON MEDICAL LIBRARY

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXXIII. 1. Juli 1901.

Aus der Abteilung für Haut- und venerische Krankheiten des öffentl. Ambulatoriums „Teleia“ in Budapest.

Über Sapolan.

Von

Dr. Josef Sellei,
Vorstand der Abteilung.

Wenn wir die Liste der in den letzten Jahren dargestellten neuen Heilmittel durchgehen und die mit ihnen erreichten angeblich glänzenden Resultate mit den in der Praxis thatsächlich erreichten Erfolgen vergleichen, so sehen wir, wie wenige von den anfangs von einzelnen hochgepriesenen Mitteln sich in der ärztlichen Praxis wirklich einzubürgern vermochten.

Bei den meisten dieser Heilmittel stellte sich nämlich bald heraus, dafs sie erstens nicht jenes Specificum sind, zu dem die betreffende Fabrik ihr neues Heilmittel stempeln möchte, und zweitens, dafs sie sich auch nicht als bei jeder Krankheit wirksames Universalmittel bewähren, als welches sie die chemischen Fabriken empfehlen und preisen. Diese Bemerkungen finden ihre Bestätigung hauptsächlich in der dermatologischen Praxis, denn es giebt kaum ein neues Heilmittel, das man in der dermatologischen Praxis nicht als Specificum gegen gewisse oder Universalmittel gegen allerlei Hautkrankheiten in gleicher Weise empfohlen hätte.

So ist denn die Skepsis, mit der das Ärztepublikum solchen neueren Arzneimitteln entgegenkommt, durchaus nicht unberechtigt. Nichtsdestoweniger überschwemmen die ausländischen chemischen Fabriken den Markt von Jahr zu Jahr mit immer neuen Heilmitteln; und wenn die meisten nicht einmal verdienen, dafs man auf sie zu Reklamezwecken auch nur einen Heller verwende, so führt der Wettbewerb zwischen den einzelnen Fabriken, immer bessere und darum auch vom geschäftlichen Standpunkte aus für sie einträglichere Heilmittel herzustellen, doch hier und da zu dem Resultate, dafs in der That ein Heilmittel zu stande kommt, das

sich einen bleibenden Platz behauptet und einen dauernden Bestandteil unseres Arzneischatzes bildet.

Von dem Heilmittel, über das ich in folgendem Bericht erstatten will, läfst sich ähnliches sagen. Das Sapolan kann gegen zu einer gewissen Gruppe gehörende Hautleiden mit Erfolg verwendet werden, wenn ich auch im Gegensatze zu MRAČEK, der es zuerst empfohlen hat, keine so ausgebreitete Wirkung konstatieren konnte. Aber wenn ich auch bei der Verwendung gegen eine oder die andere zu einer bestimmten Gruppe gehörende Hautkrankheit von seiner Wirkung befriedigt war, so mufste ich doch gar oft, um eine definitive Heilung zu erzielen, zu einem anderen Mittel greifen.

Das Sapolan wurde von der Wiener Fabrik Zibell erzeugt, und MRAČEK stellte mit ihm die ersten Versuche an. Über seine Erfahrungen hat er in der Wiener Dermatologenversammlung Bericht erstattet. (Siehe *Archiv f. Derm. u. Syph.* 1900.)

Das Sapolan bildet eine bräunlich-schwarze Verbindung, deren Geruch ein wenig an das Naphtha erinnert und die nach MRAČEK aus $2^1/_2$ Teilen gereinigtem Naphtha (Produkt), $1^1/_2$ Teilen Lanolin und 3—4% Seife besteht. MRAČEK hat es gegen akute und chronische Ekzeme, Pruritus senilis, Impetigo contagiosa, Ecthymata, Urticaria und bei Scabies zur Nachkur mit Erfolg angewendet.

Ich selbst habe das Sapolan bei verschiedenen Hautkrankheiten verordnet und ausgeprobt, und um mich von seinem vollständigen Heilwerte zu überzeugen, wurde es mit keinem anderen Stoffe gemischt, sondern rein, so wie es aus der Fabrik kommt, verwendet. Zum Teil applizierte ich es so, dafs ich die kranke Stelle entweder mit Sapolan schmierte und darüber einen schützenden Verband anlegte, oder derart, dafs ich Sapolan in Messerrückendicke auf Leinwand aufstreichen, darüber dann eine starke sechsschichtige Mullgaze und nun erst einen Verband anlegen liefs.

Ich habe im ganzen in 52 Fällen Versuche angestellt; die Fälle habe ich aus der Ordination für Hautkrankheiten des öffentlichen Ambulatoriums „Teleia", ferner aus dem Ambulatorium der Krankenkasse der ungarischen Staatsmaschinenfabrik und endlich einige auch aus meiner Privatpraxis gewählt. Die diesbezüglichen Krankengeschichten sind in Kürze folgende:

1. 20. VII. 1900. Peter H., 39 J., Arbeiter. Ekzema chron. squ. antibrachii. Therapie: Sapolan.

24. VII. Setzt es fort. Das Jucken hat aufgehört; nach 10 Tagen gehen wir auf Zinksalbe über.

2. 24. VII. Georg P., 33 Jahre, Schmied. Ekzema chron. flexurarum. Am Ellenbogen und an den Kniebeugen infiltrierte, schuppenbildende, stark juckende Plaques. Therapie: Sapolan.

27. VII. Infiltration und Jucken haben abgenommen.

31. VII. Besserung andauernd, setzt das Sapolan fort, nach 3 Wochen geheilt.

3. 4. VIII. Michael S., 29 J., Diener. Ekzema en plaque manus dorsi. Vor einem Jahre trat an der Rückenfläche der rechten Hand eine kleine Läsion auf, die sich immer mehr verbreitete.

Status praesens: Ungefähr guldengroſse, kreisrunde, scharf umgrenzte, ein wenig schuppige Plaques.

Therapie: Sapolan, setzt es bis zum 21. IX. fort, von wo an er zweimal wöchentlich mit Jodtinktur eingerieben wird; inzwischen setzt er das Sapolan fort. Nach drei Wochen war er geheilt.

4. 21. IX. Georg F., 28 J., Kupferschmied. Seit Jahren hat er einen juckenden Ausschlag.

Status praesens: Neurodermia in regione perin. et axillae l. sin.

Therapie: 5%ige Pyrogallus-Salbe, dann eine Woche später Sapolan. Das Jucken hört auf. Die Infiltration nimmt ab. Am 20. Oktober Besserung andauernd, seitdem haben wir den Kranken nicht gesehen.

5. 2. XI. Kaspar K., 32 J., Wagner. Hat seit mehreren Wochen ein juckendes Hautleiden.

Status praesens: An der Haut sind keine objektiven Hautveränderungen sichtbar. Pruritus cutaneus.

Bekommt Sapolan. Nach einer Woche: Das Jucken ist noch immer vorhanden; setzt das Sapolan fort.

8. XI. Wirkungslos, weshalb wir zu anderen Mitteln greifen mußten.

6. L. J., 58 J., Agent. Hat seit zwei Jahren einen juckenden Ausschlag am Halse, an den Cubitalgelenken, an den Oberarmen, in der Leistengegend und an den Kniegelenken. Diagnose: Ekzema chron. squ. am Oberarm und in der Leistengegend, Neuroderma am Cubital- und Kniegelenk.

Therapie: Sapolan. Die Infiltration nimmt ab, aber da das Jucken und die Rötung nicht schwinden will, verordnete ich 5%iges Salicylpflaster, dann Pinseln mit Oleum cadini. So ging ich wieder ungefähr nach 14 Tagen zum Sapolan über, und als der Kranke am 10. I. wieder in meiner Ordination erschien, hatte an den erwähnten Stellen die ekzematöse Läsion aufgehört, bloſs am Nacken war eine geringfügige Rauheit der Haut zurückgeblieben, gegen welche ich weitere Anwendung des Sapolans empfahl, und als ich zwei Wochen später den Kranken wiedersah, war bei ihm keine Spur des Ekzems zu finden.

7. 5. XI. Aladár W., 20 J., Beamter. Hat seit 4 Jahren Psoriasis, die hier und da angeblich vollkommen verschwindet. Gegenwärtig seit 6 Wochen am Rumpfe und an den Extremitäten zerstreut oberflächliche, in geringem Maſse mit Schuppen bedeckte Plaques. Psoriasis superficialis.

Anfangs bekam er Bor-, Merkur- etc. Salbe, dann ging ich zum Sapolan über; innerhalb ungefähr drei Wochen hatten sich die Psoriasiseffloreszenzen überall rückgebildet.

8. 4. XI. Frau Ludwig H., 22 J., Schmiedgattin. Ihre Krankheit dauert schon einige Monate. An der Rückenfläche der Hände und an den Fingern typisches Ekzema chron. papulo-squamosum.

Therapie: Sapolan.

7. XII. Ihr Zustand hat sich bedeutend gebessert. Steht noch weiter in Behandlung.

9. 13. XI. Goorge St., 36 J., Anstreicher. Hat seit einigen Tagen einen stark juckenden Hautausschlag.

Status praesens: Am Mons veneris und den unteren Extremitäten starke Rötung

und Jucken. Der Kranke hat angeblich diese Stellen gegen Pediculosis mit Petroleum eingerieben.

Diagnose: Dermatitis artificialis. Die einwöchentliche Verwendung des Sapolans führte zu vollständiger Heilung.

10. Karl B., 45 J., Taglöhner.

20. XI. Dermatitis chron., cruris utr. Therapie: Sapolan.

25 XI. Besserung. 20. XII. Geheilt.

11. Johann Cs., 21 J., Eisengiefser. Diesen Kranken hatte schon Mračeк in Wien mit Sapolan behandelt, worauf nach der Behauptung des Kranken eine bedeutende Besserung eintrat. Nachdem er die Behandlung unterbrochen hatte, kam er nach Budapest, wo er einige Monate hindurch gegen sein Hautleiden nichts that. Allein es wurde immer schlimmer, weshalb er am 23. XI. unsere Ordination aufsuchte.

Status praesens: An der behaarten Kopfhaut, am Gesicht mit Krusten bedeckte infiltrierte, entzündungsartige Plaques. Am rechten Cubitalgelenk ist die Haut stark lichenifiziert, infiltriert. Starkes Jucken.

Diagnose: Ekzema chron. impetig. capill. et faciei, neurodermia in flex. cubit.

Therapie: Sapolan, nach vorhergehender Entfernung der Krusten mit Öl. Nach der einige Wochen dauernden Behandlung war am 15. Januar 1901 die Neurodermia gänzlich verschwunden. Die Heilung des Ekzems des Gesichtes dauert fort.

12. Ludwig F., 20 J., Taglöhner. 27. XI. Scabies.

Therapie: Sapolan.

30. XI. Das Jucken ist noch vorhanden, weshalb wir zu Ung. Wilkinson. übergingen.

13. Charlotte J., 10 J. 30. XI. Ekzema chron. squam. disp. corpor. Über Brust, Rücken und Extremitäten zerstreut wenig infiltrierte schuppende Plaques.

Therapie: Sapolan. Nach vier Wochen geheilt.

14. 4. XII. Josef T., 46 J., Tagelöhner. Pruritus scroti.

Therapie: Sapolan.

20. XII. Das Jucken hat abgenommen.

5. I. Jucken gering, aber die Krankheit kann auch nicht als geheilt betrachtet werden.

15. Emerich B., 30 J., Schmied. Dermatitis min. grad. Seit einigen Tagen an der Beugeseite der Arme und an der Rückenfläche juckender Ausschlag.

Therapie: Sapolan. Nach fünf Tagen vollständige Heilung.

16. Katharine W., $1^1/_2$ J. 17. XII. An der behaarten Kopfhaut, im Gesichte, am Körper mit Schuppen bedeckte Plaques, nach Entfernung der Schuppen aus dem Niveau der Haut ein wenig hervorragende typische Ekzemaläsionen. Ekzema en plaque.

Therapie: Sapolan.

20. XII. Besserung andauernd.

10. I. Die Besserung hält weiter an. 10. I. Bekommt Lassar-Pasta.

17. Alexander K., 39 J., Schmied. 17. XII. Pruritus scroti et ani.

Auf das Sapolan liefs das Jucken gar nicht nach, weshalb wir nach einer Woche zu einem anderen das Jucken mildernden Mittel griffen.

18. Ladislaus H., 41 J., Schlosser. Erythema exsud. multif. Der Ausschlag juckt, brennt ein wenig. Nach dem Sapolan keine Besserung. Der Patient ging ins Spital.

19. Stefan P., 43 J., Taglöhner. 28. XII. Scabies cum ekzemate consecut. Das konsekutive Ekzem bildet sich infolge der Behandlung mit Sapolan nach drei Tagen zurück, aber da das Jucken fortdauert, bekommt er ein Antiscabiosum.

20. Oskar R., 18 J., Eisengiefser. Ekzema en plaque an der Stirn. Therapie: Sapolan. Nach zwei Wochen sehen wir den Kranken wieder. Wirkungslos. Nach zwei Wochen gingen wir auf 5%iges Salicyl-Resorcinpflaster über.

21. Stephan H. Lichen pilaris, Pruritus cutan.
4. I. Therapie: Sapolan.
10. I. Das Jucken dauert fort, wir gehen zu einem anderen Mittel über.

22. Emerich Sp., 33 J., Taglöhner. Scabies et consecut. ecthymata. Nach Anwendung eines Antiscabiosum gegen die Ecthymata Sapolan.
5. I. Im unteren Drittel des Unterschenkels tritt eine hochgradige Dermatitis auf, nichtsdestoweniger setzt er das Sapolan fort, das zweimal täglich appliziert wird.
12. I. Bedeutende Besserung.
20. I. Gegen die Dermatitis des Unterschenkels Lassar-Pasta.

23. Alexander Sch., 19 J., Eisendreher.
5. I. Rosacea nasi. Sapolan wirkungslos.

24. 5. I. Karl R., 21 J., Eisendreher. Ecthymata post scabies. Auf Sapolan 10 Tage später Heilung.

25. Karl M., 34 J., Schlosser. Ecthymata.
18. I. Therapie: Sapolan. 25. I. Geheilt.

26. Paul B., 25 J., Fabrikbeamter. 15. XII. Scabies. Bekommt Sapolan.
20. I. Absolut wirkungslos, weshalb wir zu einem Antiscabiosum greifen mufsten.

27. Eugen F., 21 J., Techniker. Hat seit mehreren Monaten am Hinterkopf und am Mons veneris einen juckenden Ausschlag, wegen dem er mehrmals unter ärztlicher Behandlung stand.
Status praesens: An den erwähnten Stellen thalergrofse, infiltrierte, scharf umgrenzte, rundliche ekzematische Plaques.
24. I. Sapolan.
5. II. Besserung, das Jucken hat nachgelassen, fährt mit dem Sapolan fort.

28. R. K., 27 J., Fleischhauer. 5. XII. 1900. Ekzema marginatum.
Therapie: Sapolan.
10. XII. Das Jucken hat ein wenig aufgehört. Pinseln mit Jodtinktur. Er setzt das Sapolan fort. Nach zwei Wochen Besserung nur gering. Bekommt Naftalan und Zinksalbe, worauf rasche Besserung eintrat.

29. Karl R., 23 J., Fabrikbeamter. 5. XII. 1900. Scabies.
Therapie: Sapolan; dieses wirkt nicht, weshalb wir zu Antiscabiosum übergingen.

30. Josef F., 16 J., Eisengiefserlehrling. 8. I. 1900. Impetigo contagiosa.
Therapie: Sapolan. 11. I. Besserung, 15. I. geheilt.

31. 11. I. Johann L., 38 J., Eisendreher. Dermatitis artef. (nach Petroleum an den Unterschenkeln).
Nach Sapolan bildet sich die hochgradige Rötung und die Anschwellung zurück; 8 Tage darauf gingen wir zu Zinksalbe über.

32. Franz L., 34 J., Lackierer. Pruritus cutaneus.
11. I. Sapolan; wirkungslos.

33. Josef St., 1 J. alt. 3. XII. 1900. Am Rumpfe typischer Herpes tonsurans.
Therapie: Sapolan. Verwendet es ungefähr vier Wochen, ohne dafs bedeutende

Besserung eingetreten wäre, weshalb wir ihn zweimal wöchentlich mit Jodtinktur pinseln. Inzwischen bekommt er Zinksalbe, worauf er nach drei Wochen gesundet.

34. Frau Josef E., 40 J., Schmiedgattin. 10. I. An der Beugefläche beider Unterarme und an der runden Rückseite seit einigen Wochen juckender Ausschlag. Ekzema papulo-squamosum.

Therapie: Sapolan.

15. I. Das Jucken hört auf.

22. I. Bedeutende Besserung, blofs an der Rückenfläche der Hände eine thalergrofse infiltrierte Plaque; setzt das Sapolan fort.

25. I. An der erwähnten Stelle tritt die Regression nur langsam ein, weshalb sie Ac. Salicyl. + Ol. cadin. + Zinksalbe bekommt.

1. II. Die Salbe hat gereizt; an den Armen zeigen sich neuerdings ekzematöse Läsionen, die wir mit Jodtinktur einpinseln. Setzt das Sapolan fort. Besserung.

35. Josef B., 24 J., Schlosser. An der Beugeseite des rechten Oberschenkels ein juckender Fleck von der Gröfse einer Kinderhand.

15. XI. 1900. Ekzema en plaque (verosim. mycoticum).

Therapie: Sapolan. Bleibt vollständig wirkungslos. Zweimal wöchentlich Jodtinktur, Zinksalbe.

Derselbe Kranke erscheint nach sechs Wochen neuerdings in der Ordination der Maschinenfabriks-Kasse, als an Brust und Rücken typische Pityriasis rosea Gibert auftrat, gegen die wir ebenfalls Sapolan versuchten, aber vollkommen resultatlos.

36. Josef E., 31 J., Schlosser. 18. I. Am linken Unterschenkel, an den Kniegelenken und über der Crena ani ein wenig infiltrierte und ein wenig gerötete juckende Flecken. An den Unterschenkeln starkes Jucken. Pruritus cutan. (cum ekzematisatione).

Therapie: Sapolan. Das Jucken hat abgenommen.

30. I. Die oben erwähnten ekzematösen Flecken haben sich zurückgebildet.

37. Josef P., 1½ J., Lichen urticatus, Prurigo. Bekommt Sapolan, worauf wir eine kleine objektive Besserung konstatieren können. Setzt das Sapolan fort.

38. Karl Gy. Excoriatio ex cimibus.ic Scabies. Sapolan wirkungslos.

39. Frau Ludwig Il., 23 J., Schmiedgattin. 10. XII. 1900. An der Rückenfläche der Hände seit Monaten vorhandener juckender Ausschlag. Ekzema papulosqam. chron.

Therapie: Sapolan.

5. I. Ekzem bildet sich zurück, setzt mit dem Sapolan fort.

29. I. An einzelnen Stellen dauert die Infiltration und das Jucken hartnäckig fort, weshalb wir sie mit Ol. cadinum täglich einmal einpinseln.

31. I. Hochgradige Irritation, bekommt Sapolan.

5. II. Ihr Zustand hat sich bedeutend gebessert, setzt das Sapolan fort.

40. Johann S., 42 J., Schmied. 15. I. Hat an den Kniegelenken seit Monaten einen juckenden Ausschlag. Neurodermia in reg. poplit.

Nach Anwendung von Sapolan bildet sich die Infiltration schon nach einer Woche stark zurück. Am rechten Kniegelenk zeigt sich hellergrofse Exkoriation, weshalb er auf diese Stelle während einiger Tage Zinksalbe bekommt, die Umgebung schmieren wir weiter mit Sapolan.

5. II. Vollständige Heilung.

41. Géza Cs., 35 J., Kesselschmied. 25. I. Am Skrotum, in der Gegend der Raphe Ekzema chronicum squamosum.

Auf das Sapolan bildet sich die Infiltration nach fünf Tagen zurück.

5. II. Genesung dauert fort.

42. Johann K., 43 J., Schmied. 29. I. Ekzema chronicum squamosum. An der linken Seite der Lippen wenig infiltrierte, schuppige, rote, juckende Flecken.

Nach Anwendung von Sapolan nach sechs Tagen Besserung, nach weiteren vierzehn Tagen vollständige Heilung.

43. Alexander R., 42 J., Taglöhner. 29. I. Ekzema chron. papulosum dorsi manus utriusque.

Therapie: Sapolan. 5. II. Besserung.

44. Johann T., Taglöhner. Ekzema crustos. rubr. in reg. inguin., mont. vener. et scroti.

Auf das Sapolan schon nach fünf Tagen bedeutende Besserung.

45. Josef L., 24 J., Schlosser. 1. II. Am Rumpfe oberflächliche geringe Schuppenbildung und geringe Infiltration zeigende Psoriasis vulg.-Lagerungen.

Therapie: Sapolan. Wirkung nur mäfsig, indem die Schuppenbildung etwas nachläfst.

46. Josef F., 27 J., Schmied. Ekzema crustos. madid. mentale.

1. II. Sapolan.

8. II. Hat starke Entzündung hervorgerufen. Den Haarbälgen entsprechend Pusteln. Wir setzen mit dem Sapolan aus und gehen zu Zinksalbe über.

47. Ludwig St., 24 J., Eisendreher. Dermatitis manus dorsi.

1. II. Sapolan. Nach sechs Tagen Heilung.

48. Stefan L., 32 J., Taglöhner. 1. II. Psoriasis vulg. invet.

Sapolan wirkungslos.

49. 2. II. Josef M., 22 J., Diurnist. An der rechten und linken Gesichtshälfte Ekzema impetiginosum. Sapolan. Nach 14 Tagen Zinksalbe. Heilung.

50. Desiderius Schl., 35 J., Schlosser. 8. II. Dermatitis art. nach Anwendung von Quecksilbersalbe. Therapie: Sapolan.

51. D. B., 36 J., Schuster. 8. II. Neurodermia in flex. poplit. Stark juckende, schuppende, infiltrierte und eingekerbte Plaque.

Therapie: Sapolan. Jucken etwas nachgelassen. Pyrogallus-Salbe (5%) 3 Tage hindurch, dann wieder Sapolan zehn Tage. Besserung.

52. J. B., Hausmeister. Seit 10 Tagen Pityriasis rosea Gibert.

21. I. Sapolan. Nach 10 Tagen keine Besserung; hört mit dem Sapolan auf

Die 52 Fälle verteilen sich folgendermafsen:

Verschiedene Formen des Ekzems	19
Dermatitis artificialis (circumscr. Ekzematisation, Lichenifikation, Ekzema en plaque)	5
Neurodermia	5
Scabies	6
Pruritus cutan. univers. et circumscr....	6
Erythema exsud. multif.	1
Rosacea	1
Ecthymata	2

Psoriasis v.	3
Ekzema marginatum	1
Pilzartige Hautleiden (Dermatomykosen).	3
Prurigo	1

Das Sapolan hat sich bei meinem Fällen als unwirksam erwiesen gegen die durch Scabies und pflanzliche Parasiten verursachten Hautkrankheiten, insofern als ich sowohl bei Herpes tonsurans wie bei Pityriasis rosea die Behandlung mit demselben aufgeben und zu einem anderen gebräuchlichen Antimycoticum greifen mufste, ebenso wie ich bei Scabies das gewöhnliche Antiscabiosum zu verwenden gezwungen war. Desgleichen hatte ich keinen Erfolg mit dem Sapolan bei Ekzema marginatum. Wirkungslos war es auch bei den akuten entzündungsartigen Affektionen, bei Erythema exsud. multiforme, wie auch gegen das allgemeine Jucken der Haut (Pruritus cut.).

Bei einem oder dem anderen lokalen Pruritus (scroti, ani) verwendete ich es mit ziemlich gutem Resultate. Es ist selbstverständlich, dafs das Sapolan dem Leiden definitiv abzuhelfen nicht vermochte.

Von den im Sapolan enthaltenen Naphthaprodukten wie von der in demselben vorkommenden Seife erwartete ich eine irritative und infolgedessen resorbierende Wirkung, und in dieser Beziehung habe ich das Sapolan in der That mit gutem Erfolge gegen chronische squamöse Ekzeme angewendet. Es bewährte sich da teils als vorbereitende teils als Nachkur bei stärker wirkender antipruriginöser Behandlung.

Und wenn kraft seiner Zusammensetzung die reizende Wirkung des Sapolans bei chronischen Entzündungen schon a priori vorausgesetzt werden kann, eine Wirkung, der wir zuschreiben, dafs es in meinem Falle von Ekzema madidans absolut schlecht gethan hat, so hat es andererseits bei den Fällen von Dermatitis artificialis gute Wirkung gehabt.

Unter den Fällen von Ekzem waren auch einige, bei denen ich zum Zwecke der vollständigen Regression der chronischen Entzündung ein anderes Reiz- oder die Hyperämie verringerndes Mittel (Ac. salicyl, Ol. cadinum u. s. w.) in Anspruch nehmen mufste, und nur nach deren Anwendung zum Sapolan zurückgriff, das dann alsbald zu vollständiger Heilung führte.

Bei oberflächlicher Psoriasis, wenn die übrigens geringe Infiltration aufweisenden Plaques von wenig Schuppen bedeckt sind, habe ich es gleichfalls mit gutem Erfolge verwendet. Auf inveterierte und mit starker Infiltration verbundene Psoriasislagerungen blieb es ohne Wirkung.

Was Prurigo betrifft, so stand mir leider nur ein Fall zur Verfügung und kann ich mich darüber nicht äufsern.

Bei einem Ecthyma-Kranken wendete ich es gleichfalls mit gutem Erfolge an.

Nach all dem glaube ich, dafs das Sapolan schon mit Rücksicht darauf, dafs es wegen seines billigen Preises auch in der Armenpraxis verordnet werden kann, bei den erwähnten Hautkrankheiten, wie chronischen Ekzemen, Neurodermien u. s. w. mit Nutzen angewendet werden kann.

Über Epididymitis sympathica et blennorrhoica.

Von

Dr. Moritz Porosz (Popper)-Budapest,
emer. Universitäts-Assistenzarzt des Budapester dermatologischen Instituts.

Die Epididymitis ist eine recht häufige Komplikation der Blennorrhoe. Am häufigsten stellt sie sich bei akuter Urethritis postica ein. Es gehört aber auch nicht zu den Seltenheiten, dafs sie als Komplikation einer chronischen Blennorrhoea postica auftritt. Da sie so häufig ein Folgeübel der Blennorrhoe ist,[1] war der Gedanke sehr naheliegend, dafs die Gonokokken auch die Epididymitis hervorrufen. Es hat auch sehr wahrscheinlich geklungen, dafs die infektiöse Entzündung der Pars posterior sich durch den Ductus ejaculatorius und das Vas deferens weiter verbreitet. Und in der That bestätigt recht häufig das Anschwellen und die Empfindlichkeit des Vas deferens, dafs sich die Entzündung auf diesem Wege weiter verbreitet. Es ist aber aufgefallen, dafs diese Weiterverbreitung der Entzündung per continuitatem in den meisten Fällen objektiv nicht nachgewiesen werden konnte. Es ist nämlich die Epididymitis auch bei vollkommen intaktem Vas deferens aufgetreten. Diese Beobachtung hat aber die Forscher durchaus nicht in Verlegenheit gebracht. Sie haben dafür die Erklärung gefunden, dafs die Infektion wie in anderen Fällen im Wege der Lymphgefäfse zur nächsten Drüse gelangt, und in diesem Falle, ohne das Vas deferens in Mitleidenschaft zu ziehen, den Nebenhoden angreift. Auch verbreite sich die Infektion durch das Vas deferens auf den Nebenhoden, ohne in demselben eine Spur zurückzulassen (Fürbringer).

[1] Róna hat diese Beobachtung bei 23% seines Spitalmaterials und bei 20% seines Privatmaterials gemacht. Hebra bei 86%, Hassing bei 46%, Zeissl bei 66%.

Auch bei der so selten vorkommenden eitrigen Epididymitis haben die Forscher zu ihrer nicht geringen Überraschung Gonokokken nicht vorgefunden. Tritt ein solcher Fall doch ein, so wird er in Publikation und öffentlichen Vorträgen als Rarität eingehend behandelt und breit getreten.

Dieser Umstand, der die Weiterverbreitung der durch Gonokokken verursachten Entzündungen durchaus nicht bekräftigt, hat die Forscher dazu gedrängt, die Möglichkeit einer gemischten Infektion anzunehmen. Und es haben auch einige Forscher verschiedenartige Mikrokokken (Pseudogonokokken, Orchikokken) entdeckt, die in dem Eiter der Epididymitis auch gefunden werden.

Dieser Micrococcus ist aber als Eiterungsursache nicht allgemein anerkannt worden.

Es giebt aber Nebenhodenerkrankungen, die mit den subjektiven und objektiven Symptomen der Epididymitis auch ohne Blennorrhoe und Urethritis auftreten. Selbstredend sind diejenigen infektiösen (Tuberkulose, Parotitis) oder traumatischen Ursprungs nicht gemeint.

Die Epididymitis sympathica — dies wäre meines Erachtens der treffendste Name dieses pathologischen Befundes — ist nirgends beschrieben worden. Ich habe in keinem einzigen Lehrbuche davon eine Spur gefunden. Und doch kommt sie sehr häufig vor. Selbst Laien kennen sie und sprechen von einer „Bräutigams-Hodenentzündung".

Ihr Krankenbild ist folgendes:

Die Liebesständeleien, die Liebkosungen, das Herzen und Küssen ruft geschlechtliche Reize hervor, ohne dafs sie einen normalen Abschluſs finden würden. Nach mehrmaligem Wiederholen dieser Prozedur nimmt der Mann beim Erheben von seinem Sitze zu seinem Schrecken wahr, dafs die beiden Nebenhoden schmerzhaft und aufgedunsen sind. Bei einem meiner Patienten sind sogar nach einem harten Stuhlgange nicht nur geschlechtliche Reize, sondern auch Schmerzen in den Nebenhoden aufgetreten. Der Patient legt schon instinktmäfsig Prieſsnitz-Umschläge auf und der Schmerz hört auch in den meisten Fällen, wenn die Hoden nur mäfsig angeschwollen waren, schon in den ersten vierundzwanzig Stunden auf. Haben aber die geschlechtlichen Reize länger angehalten und die Hoden waren in stärkerem Mafse angeschwollen, oder eine Anschwellung war noch nicht verlaufen, als eine zweite schon wieder aufgetreten, wird die Epididymitis so hochgradig, dafs der Patient Tage lang ans Bett gefesselt ist.

Ich glaube, dafs dieses Krankenbild vielen Ärzten nur als solches unbekannt ist. Sie kennen es aber vom Hörensagen seitens der Laien oder aus an sich selbst gemachten Erfahrungen. Das Krankenbild selbst stimmt klinisch vollkommen mit der Epididymitis überein, welche sich zur Blennorrhoe gesellt. Wenn jene mit „Epididymitis" bezeichnet werden

kann, so paſst auch diese Benennung für diese. Da sie aber sozusagen von selbst, ohne jene nachweisbare und begreifliche Ursache, entsteht, so füge ich zur näheren Bezeichnung das Wort „sympathica“ hinzu.

Ich weiſs, daſs viele diesen Namen verwerfen werden. Sie finden die Erklärung ganz einfach darin, daſs eine von dem Patienten nicht wahrgenommene chronische Blennorrhoe die Ursache der Epididymitis ist. Finger erwähnt Fälle, wo Epididymitis nach 2—7jähriger Blennorrhoe aufgetreten ist.

Zur Beruhigung der Schwergläubigen kann ich erklären, daſs einzelne Patienten niemals an Blennorrhoe litten und daſs bei anderen weder vor noch nach der Erkrankung an Epididymitis eine Spur der schon früher überstandenen Blennorrhoe zu entdecken war.

Die letzteren Fälle haben in besonderem Maſse meine Aufmerksamkeit auf sich gelenkt und ich habe später auch viele andere ähnliche Fälle zu beobachten Gelegenheit gehabt. So ist es mir auch aufgefallen, daſs auch solche Personen, die den beabsichtigten Coitus nicht, oder erst spät ausführen konnten, nach den damit verbundenen geschlechtlichen Reizen ähnliche Unannehmlichkeiten zu ertragen hatten. Der eventuell durchgeführte Coitus hat aber diese Unannehmlichkeit zum mindesten gelindert, wenn nicht ganz zum Verschwinden gebracht. Wo ist die ätiologische Ursache dieses Bildes zu suchen?

Róna behauptet, daſs nicht nur Gonokokken, sondern auch eine Urethritis ohne Gonokokken eine Epididymitis hervorrufen können. Ich selbst habe wohl schon in einigen Fällen Urethritis konstatiert, die nicht durch Gonokokken, sondern durch andere Bakterien hervorgerufen, nach einem Coitus aufgetreten ist, aber niemals hat sich eine Epididymitis dazu gesellt.

In einem Falle aber, in dem ich keinerlei Bakterien zu entdecken im stande war, waren dennoch Komplikationen aufgetreten. Dieser Fall betrifft einen fünfzigjährigen verheirateten Mann, dessen Angaben zuverlässig sind. Er hat aufser mit seiner Frau mit keiner anderen (im Alter von 20 Jahren heiratete er) intimen Verkehr gepflegt. Eines Tages ist aber, nachdem er einige Gläser Bier getrunken hatte, eine Urethritis aufgetreten, die ihn aber nicht abgehalten hatte, seinem Berufe, der mit vielen Laufereien und sonstigen Anstrengungen verbunden war, weiter nachzugehen. Bald darauf folgte eine Deferentitis mit Schmerzen in der Leistengegend, und einige Tage später eine Epididymitis.

Diesen Fall habe ich genau zu beobachten Gelegenheit gehabt, wenn auch nicht, so lange nur Deferentitis vorhanden war. Trotz mehrfacher Untersuchungen war ich nicht im stande, weder Gonokokken noch Mikroorganismen zu entdecken. (Kulturen habe ich nicht angesetzt.)

In diesem Falle breitete sich die Urethritis per continuitatem auf das

Vas deferens aus und rief eine Epididymitis hervor, obgleich keinerlei Mikroorganismen zu finden waren.

In den früher erwähnten Fällen von Epididymitis sympathica war aber nicht einmal Urethritis vorhanden.

Ich glaube nicht fehlzugehen, wenn ich annehme, dafs die Ursache der obenerwähnten Epididymitisfälle in einer hochgradigen Blutaffluxion und der dadurch hervorgerufenen serösen Transsudation liege. Bekanntlich ruft der normale Coitus eine Mäfsigung der Affluxion hervor. Bleibt aber letzterer aus, so kommt die Blutcirkulation aus dem Gleichgewicht. Damit läfst sich auch jenes Symptom erklären, welches zu beobachten man immer Gelegenheit hat, nämlich dafs nach dem Coitus die Schmerzen weniger heftig werden oder verschwinden und dafs auch die Hoden weniger angeschwollen sind.

In solchen Fällen ist es mehr als wahrscheinlich, dafs diese Affluxion im Wege der vasomotorischen Innervation auf reflektorischem Wege durch die Psyche ausgelöst wird, d. h. die psychischen Reize können auf reflektorischem Wege eine Epididymitis hervorrufen. Die Epididymitis kann folglich infolge einer Cirkulationsstörung auftreten.

Dieser Umstand hat mich auf den Gedanken gebracht, ob die Epididymitis blennorrhoica, bei der das Vas deferens intakt bleibt, nicht auch eine Folge von Cirkulationsstörungen ist?

Auf Grund meiner Erfahrungen und Beobachtungen bin ich darauf gekommen, dafs die Epididymitis blennorrhoica — vielleicht auch die, welche sich zur Deferentitis gesellt — ebenfalls infolge von Cirkulationsstörungen, welche auf reflektorischem Wege ausgelöst werden, aufzutreten pflegt.

Wenn wir die Anamnese der Epididymitis blennorrhoica mit Aufmerksamkeit verfolgen, so hören wir sehr oft Angaben, die den folgenden sehr ähneln. So hat z. B. ein Taglöhner, der an einem Nachmittag viele und schwere Säcke getragen, wahrgenommen, dafs sich zu seiner drei Wochen alten Blennorrhoe eine Epididymitis zugesellt hat. Ein anderer Patient hat nach einem Sprunge vom Baugerüst Hodenschmerzen bekommen. Ein dritter hat, nachdem er einen entgleisten Stollenwagen aufs Geleise gebracht hatte, dieselbe Erfahrung gemacht. Andere Patienten wollten wissen, dafs bei ihnen die Schmerzhaftigkeit aufgetreten ist, nachdem sie zu viel Treppen gestiegen oder in Baccho et Venere excediert hatten. Bei einem Patienten trat das Leiden nach einem anstrengenden Stuhlgang nach dreitägiger Obstipation auf.

Viele Autoren erwähnen das Reiten, das Radeln, den Coitus, Pollutionen, ja sogar das Sondeneinführen, das Katheterisieren und Einspritzungen ätzender Flüssigkeiten als Gelegenheitsursachen der Epididymitis. Róna hat auch einen Fall bei einem 63jährigen Patienten nach

Behebung einer alten Striktur mit akuter Retention zu beobachten Gelegenheit gehabt. Fassen wir aber diese Gelegenheitsursachen näher ins Auge, so wird es unserer Aufmerksamkeit nicht entgehen, dafs sie ohne Ausnahme mit direkter Blutaffluxion im Zusammenhange stehen oder dafs sie die Cirkulationsverhältnisse der hinteren Harnröhre beeinflussen. Ob die Cirkulation der hinteren Harnröhre direkt oder auf reflektorischem Wege die Cirkulationsstörung der Nebenhoden zur Folge hat, will ich diesmal nicht näher erörtern.

Auch nach einer Lithotomia perinealis pflegt Epididymitis aufzutreten. Auf Cirkulationsstörungen lassen sich auch die Beobachtungen der Chirurgen zurückführen, dafs nach radikalen Operationen der Hernien in der Inguinalgegend (Bassini, Kocher) eine Epididymitis nicht zu den Seltenheiten gehört. Ob sie durch das Verbinden der Venen oder infolge einer Verletzung des vasomotorischen Nerves hervorgerufen wird, kann ich nicht feststellen. Auch Hogge erwähnt (Pariser Urologenkongrefs 1899) einen Prostatakranken, bei dem zweimal nach diffuser Diarrhoe Epididymitis aufgetreten ist.

Dafs die Cirkulation der Prostata die Entstehung einer Epididymitis beeinflufst, beweist der Fall, über den Szantó mir referiert hat. Er hat nämlich nach angeblich kunstgemäfs vorgenommener Massage bei Prostatitis post blennorrhoeam eine Epididymitis zu beobachten Gelegenheit gehabt. Einen ähnlichen Fall habe ich in der jüngsten Zeit gesehen. Ein durch mich ausgedrückter und gegen die Harnröhre sich ergiefsender Prostataabcefs hat eine Epididymitis ohne Deferentitis zur Folge gehabt. Da, wie aus dem Gesagten ersichtlich ist, Fälle, in denen Epididymitis auch auf anderem Wege, ohne die Harnröhre in Mitleidenschaft zu ziehen, recht häufig auftreten, läfst es sich schwer denken, dafs diese Gelegenheitsursachen die das Leiden — angeblich — hervorrufenden Gonokokken durch das intakte oder wenigstens als solches scheinende Vas deferens auf einmal, ohne eine Spur zurückzulassen, weiter befördern. Das klingt sehr unwahrscheinlich. Es ist um so weniger wahrscheinlich, da wir Fälle kennen, in denen man am Vas deferens beobachten konnte, wie sich die Entzündung bis zum Nebenhoden weiter verbreitet, und wie die Epididymitis entsteht. Einzelne Autoren (Fournier, Bergh, Róna, Boyer, Goselin, Neumann) haben sogar über Deferentitisfälle referiert, zu denen sich keine Epididymitis gesellt hat. Und solche Fälle sind viel geeigneter, dafs sich im Wege einer nachweisbaren direkten Weiterverbreitung Epididymitis entwickle, als nach den Sprungtheorien bei intakter Deferentitis.

Auch andere Symptome rechtfertigen die Annahme einer Cirkulationsstörung. So wissen wir allgemein aus Erfahrung, dafs bei Epididymitis der Ausflufs aufhört. Bei manchen Patienten kann man nicht einmal einen Tropfen Eiter auspressen. Nur beim Ausspülen sieht man einzelne

aus der Pars anterior kommende Flocken, die aber auch schon im zweiten Harnglase langsam verschwinden. JADASSOHN hat in einem Falle ganz reinen Harn zu beobachten Gelegenheit gehabt.

Wenn die Entzündung so stark ist, dafs sie sich weiter verbreitet, wenn die Infektion virulent ist, worin könnte sonst die Ursache liegen, dafs die Transsudation und der Austritt weifser Blutzellen und somit der reichliche Eiterausflufs ausbleibt oder abnimmt, als in der Veränderung der Cirkulationsverhältnisse?

Es läfst sich somit auch in der Pars posterior eine Veränderung der Cirkulationsverhältnisse konstatieren. Es ist möglich, dafs diese in direktem Zusammenhange hervorgerufen wird. Die Schleimhaut wird ja durch Weiterverbreitung immer mehr entzündet und das gröfsere Entzündungsgebiet müfste ja noch mehr Eiter produzieren.

Dafür, dafs die Schmerzhaftigkeit der Nebenhoden mit den Cirkulationsverhältnissen wirklich im Zusammenhange stehen, sprechen ja die Varicocele-Fälle. Solche Patienten klagen im Falle der erwähnten Gelegenheitsursachen (Stehen, Gehen, Stuhlverstopfung) ebenfalls über Schmerzen. Ich habe einen mit Varicocele behafteten Patienten gehabt, der nach einem gröfseren Zechgelage einen Coitus vorgenommen, der erst spät — nach unzähligen Friktionen — zur Ejakulation führte. Ein anderer Patient hatte eine unbedeutende Hydrocele und konnte den das dritte Mal begonnenen Coitus nicht mit einer Ejakulation beendigen. Beide Patienten klagten nachher über Epididymitis. Bei ersterem hatte ich schon damals eine Striktur beseitigt, beim zweiten war eine Blennorrhoe seit einem Jahre geheilt gewesen.

Auch BERGH erwähnt zwei Fälle, in denen vor Eintritt des Trippersausflusses, und zwei, in denen gleichzeitig mit dem Ausflufs Epididymitis aufgetreten ist. Was diese Fälle betrifft, sagt wohl FINGER, dafs er die Behauptung dieses scharfsichtigen und ausgezeichneten Fachmannes skeptisch aufnehmen müsse. Seine Angaben machen auf ihn den Eindruck, als hätten ihn die Patienten bona fide hinters Licht geführt. Sie haben vermutlich eine alte, vielleicht nur exacerbierende Blennorrhoe verschwiegen.

Ich finde, dafs das auf Grund meiner Erfahrungen glaubwürdig erscheint und glaube, dafs es ganz und gar ausgeschlossen ist, dafs das Vas deferens, ohne in Entzündung zu kommen, den Krankenstoff der Epididymitis weiter befördern könne. Auch eine oberflächliche Schleimhautentzündung ist nicht anzunehmen, denn da wäre auch die Entzündung des Vas aberrans (LEDOUBLE, RÓNA) ganz unerklärlich. Auch jener Fall, den RÓNA erwähnt, wäre ganz unverständlich. Bei einem Patienten wäre, ohne dafs er es wahrgenommen hätte, ohne jedes subjektive Symptom und Schmerzen Epididymitis aufgetreten. Solche mild verlaufende Fälle sind jedem Arzte bekannt.

Aus Erfahrung weifs jeder Arzt, dafs es Fälle giebt, die ganz fieberfrei, bei mäfsigen Schmerzen, bei ambulatorischer Behandlung spurlos verschwinden, während andere Patienten bei hohem Fieber und grofsen Schmerzen, die mit Morphiuminjektionen gelindert werden müssen, Tage oder Wochen lang das Bett zu hüten und noch Monate lang nach der Genesung an einer chronischen Verhärtung der Epididymis zu leiden haben.

Die früher erwähnten Fälle sind seröse Transsudationen infolge Cirkulationsstörungen, letztere hingegen sind wahrscheinlich Entzündungen, die sich per continuitatem weiter verbreitet, und denen sich Samenblasen- und Prostataentzündungen und komplizierte zellige Infiltrationen angeschlossen haben.

Das häufige Wiederholen der chronischen Epididymitis (Anschwellen, Schmerzhaftigkeit) ist ebenfalls nichts anderes als durch lokale Ursachen (Anhäufung und Schrumpfungen des Bindegewebes, Druck) hervorgerufene Cirkulationsstörungen. Einen solchen Fall hat auch Róna zu beobachten Gelegenheit gehabt. Ein 34jähriger verheirateter Patient hat zwei Jahre nach überstandener Epididymitis blennorrhoica 1—2 Stunden anhaltende rasende Schmerzen gehabt, die — sowie auch das Gedunsensein — nach dem Coitus sich gemildert haben. Ähnliche Fälle habe auch ich, sowie auch andere, zu beobachten Gelegenheit gehabt. Auch diese Fälle sprechen deutlich für meine Behauptung.

Aufser diesen Beobachtungen hat mich darin auch ein Tierversuch[1] bestärkt. Ich habe nämlich an einem Hunde beide Vasa deferentia nahe an den Hoden unterbunden. Am nächsten Tage habe ich noch keine Epididymitis wahrgenommen. Unterhalb des unterbundenen Teiles habe ich sodann auf einer Seite das Vas deferens durchschnitten, so dafs der centrale Teil unterbunden war. In den letzteren habe ich eine Lösung Acid. acet. mit einer Pravazspritze eingespritzt, worauf Epididymitis aufgetreten ist. Das Anschwellen der Hoden konnte ich schon konstatieren, als ich die Naht vorgenommen. Der centrale Teil war entzündet, der periphere hingegen normal und doch war eine Epididymitis vorhanden. Dieser Versuch zeigt zur Genüge, dafs Epididymitis auftreten kann, ohne dafs das Vas deferens die Weiterverbreitung vermittelt hätte. Es ist nun fraglich, ob diese mit der nach Blennorrhoe auftretenden Epididymitis identisch ist. Die Analogie ist wahrscheinlich. Nach drei Tagen hatte die operierte Seite grofse Dimensionen angenommen, die andere hingegen hatte die normale Gröfse nicht überschritten.

Somit wären wir zur praktischen Verwertung meiner Folgerung, d. h. zur Therapie der Epididymitis gelangt.

---

[1] In der tierärztlichen Akademie auf der physiologischen Abteilung Dr. Tangl, dem ich für seine Unterstützung bestens danke.

Die Aufgabe der Prophylaxe wäre, die erwähnten Gelegenheitsursachen zu vermeiden. Leider ist es aber sehr häufig nicht durchführbar. Der Behandlung der Harnröhre wird in der Reihe der Gelegenheitsursachen ein ihr nicht gebührender Platz angewiesen. Nach VIDALS Statistik tritt Epididymitis bei nicht behandelten Blennorrhoen häufiger auf, als bei behandelten. Die allgemein angenommene und auch angewendete Therapie könnte ungefähr in folgenden Punkten zusammengefafst werden:

1. Jede lokale Behandlung ist einzustellen.
2. 1—2 Wochen Bettruhe und Eisumschläge.
3. Bei eingetretener Schmerzlosigkeit absorbierende Mittel (Jodkaliumsalbe, Jodtinktur-Pinselungen etc.). Später Behandlung der Blennorrhoe.

Einzelne Autoren sind in Bezug auf manche dieser wesentlichen Punkte anderer Ansicht. So auch NEISSER, der Entdecker der Gonokokken. Er unterbricht die lokale Behandlung auch dann nicht, wenn die Epididymitis schon aufgetreten ist.

Man möge es mir nicht als Unbescheidenheit auslegen, wenn ich mich beeile, zu erklären, dafs auch ich aus Gründen, die ich weiter unten angeben werde, dafür bin, dafs die Injektionen fortgesetzt werden. Dies ist deshalb notwendig, damit wir die Gonokokkeninfektion vereiteln, um die Prostata intakt zu erhalten. Schwache Lösungen sind den Patienten nicht lästig und die Injektionen werden keine Epididymitis hervorrufen, weil schon eine vorhanden ist. Auch die Urethritis heilt rascher, wenn wir in der Behandlung keine Unterbrechung eintreten lassen. Der eigentliche Zweck der Bettruhe ist, um in erster Reihe, wenn nur möglich, Eisumschläge oder kalte Umschläge häufig applicieren zu können und auf die grofsen Schmerzen mildernd einzuwirken.

Die Erfahrung lehrt, dafs die Patienten nur selten Eisumschläge ertragen, deren Aufgabe es wäre, die Weiterentwicklung der Entzündung zu verhindern. Doch läfst sich die auffallende Erscheinung nicht rundweg in Abrede stellen, dafs, während kalte Umschläge sonst lindernd wirken, die Schmerzen bei Epididymitis zumeist intensiver auftreten. Deshalb mufs man Umschläge mit abgestandenem oder Bleiweifswasser benutzen.

In neuerer Zeit hat die Behandlung der Epididymitis mit warmen Umschlägen überhand genommen. Dadurch wird aber die akute Entzündung erhöht und die Anschwellung doch vermindert.

Meine auf der SCHWIMMERschen Abteilung gemachten Erfahrungen bestätigen ebenfalls, dafs die Nichtanwendung kalter Umschläge nicht nur nicht zum Schaden vieler Hunderter Patienten, die wir dort viele Jahre gesehen, sondern eher zum Nutzen gereicht hat. Entbehrlich war diese Behandlung deshalb, weil die Patienten mit gut applicierten FALKSON-Suspensorium herumgehen und ihrer mit nicht allzu grofsen Anstrengungen

verbundenen Beschäftigung nachgehen konnten. Dieser Behandlung bin ich bis heute treu geblieben.

Es ist überflüssig zu erörtern, welche Vorteile in den Augen der Patienten eine Behandlung hat, bei der er sein Leiden seiner Umgebung gegenüber verheimlichen und bei der er seiner Beschäftigung nachgehen kann. Nur das will ich nicht unerwähnt lassen, dafs es meines Erachtens nicht ausgeschlossen ist, dafs auch die Cirkulationsverhältnisse sich eher den normalen nähern, wenn der Patient herumgeht. Welcher nicht unbedeutenden Veränderung die Cirkulation bei Bettruhe unterworfen ist, z. B. bei einer Prostatahypertrophie, ist allgemein bekannt.

Und was die Ruhe der Hoden betrifft, so ist sie viel ungestörter, wenn sie in einem guten Suspensorium liegen, als bei Bettruhe, wenn sie alle 10—15 Minuten durch Applikation der Umschläge gestört wird. Nicht der Patient, sondern das kranke Organ mufs Ruhe haben.

Deshalb lasse ich den Patienten nicht das Bett hüten, wenn Fieber und grofse Schmerzen es nicht indiciert erscheinen lassen. In letzterem Falle empfehle ich warme oder erwärmende Umschläge.

Diese Behandlung war nicht allein auf der Universitätsklinik Prof. Schwimmers in Anwendung, sondern ist auch anderwärts eingeführt worden. Nach einer in jüngster Zeit erschienenen Publikation (Chrzelitzer, *Therap. Monatsh.* 1900) ist mit Brei- und Moosumschlägen bei vielen Patienten ein glänzendes Resultat erzielt worden. Auch Spiegelhauer und Kaufmann behandelten mit warmen Umschlägen die Epididymitis ambulanter Kranken mit gutem Erfolge (*Monatsh. f. prakt. Dermat.* 1900. Bd. 30. No. 8).

Den Hodensack schützen wir unter dem Billroth-Battist mit Vaselin gegen die Einwirkung des Schweifses und erneuern den Verband — wenn er gut liegt — erst nach 3—4 Tagen.

Nimmt die Empfindlichkeit ab, dann kann auf die übliche absorbierende Behandlung übergegangen werden. Ich will hier die betreffende Bemerkung Prof. Rzeczys nicht unerwähnt lassen: „Die Pinselungen entzündeter Gebiete mit Jodtinktur ist eine Straufsvogel-Politik. Ist das entzündete Gebiet braun gefärbt, merkt man nicht die Röte. Die ganze Wirkung zeigt sich nur darin."

Dieser Neuerung — wenn das beschriebene Verfahren als solche bezeichnet werden kann — giebt das Wohlbefinden der Patienten Berechtigung, denn das Bessere ist stets der Feind des Guten. Es liegt im Interesse der Patienten, dafs dieses von dem bisherigen abweichende Verfahren mehr Nachahmer finde.

Über das wirkliche Vorhandensein Cohnheimscher embryonaler Keime.

Von

Prof. Dr. Ch. Audry-Toulouse.

Mit einer Abbildung im Text.

Die Untersuchungen Unnas über die Histogenese der Naevi haben gezeigt, dafs die embryonalen, im Ektoderm versprengten Keime Cohnheims nicht nur einen hypothetischen Wert besitzen. Die Reihe von Arbeiten, die seit Franke über die subcutanen Atherome, die sogenannten Talgcysten, veröffentlicht sind, sprachen schon sehr zu Gunsten dieser Hypothese.

Nun habe ich aber eine Beobachtung gemacht, die kaum noch gestattet, das Vorkommen verirrter ektodermer Keime in der Cutis zu leugnen. Ein solcher Fund ist natürlich nur dem reinen Zufall zu danken, denn mit unbewaffnetem Auge war nichts Abnormes zu bemerken. Es verdient bemerkt zu werden, dafs diese Einschiebung von Epidermis den Bau normaler Haut aufweist, nicht, wie beim Naevus, den einer Neubildung.

Um die Histologie der Seborrhoe von neuem zu studieren, hatte ich kürzlich eine Reihe von Biopsien vorgenommen. Ein Stückchen Haut stammte von einem rotgelben Flecken, der nicht über die Umgebung hervorragte, weder Krusten noch Bläschen trug, sondern die elementare Ausschlagsform der Dermatose darstellte. Dieser Flecken safs über der Wirbelsäule, in der Rinne zwischen beiden Schulterblättern und seine Trägerin war ein junges Mädchen von 22 Jahren, das ich schon zu wiederholten Malen wegen ihrer „Séborrheides ekzematisées“ (Ekzema seborrhoicum) behandelt hatte.

Das ausgeschnittene Hautstückchen wurde zum Teil in Flemming, zum Teil in Alkohol gehärtet. Um das letztere Präparat handelt es sich hier; es wurde in Stücke geschnitten und mit verschiedenen Mitteln (Polychromblau, Safranin u. s. w.) gefärbt.

Die nebenstehende Mikrophotographie enthebt mich einer umständlichen Beschreibung. Man erkennt, dafs unterhalb der zur Haut gehörenden Epidermis sich ein Fetzen (Lambeau) Epidermis entwickelt, der zur eigentlichen Haut spitzwinklig steht; seine unterste Schicht, die Papillarschicht, ist der Papillarschicht der Epidermis zugekehrt; seine desquamierende Hornschicht blickt auf das Gewebe der Cutis. Auf dem abgebildeten

Schnitt ist der Epidermisfetzen lose, auf anderen Präparaten dagegen gewahrt man, dafs er mit dem Epithelium der Haut durch einen zarten Stiel verbunden ist; dieser Stiel besteht augenscheinlich aus Zellen vom Typus der MALPIGHIschen. Der Epidermisfetzen hat die Form eines an seiner Spitze aufgehängten Dreiecks; auf den Schnitten erscheint zuerst seine untere Spitze; alsdann gewinnt er an Ausdehnung, je mehr er sich der Haut nähert und befestigt sich schliefslich an ihr.

Er besteht aus ganz normalen MALPIGHIschen Zellen und ist von deutlich cylindrischen Zellen begrenzt. Sein unterer Teil ist mit der Haut identisch: auf der einen Seite Papillen, cylindrische Schicht, Schleimschicht und desquamierende Hornschicht. Da keines von den Präparaten mit Pikrokarmin oder Hämatoxylin gefärbt war, so trat die Körnerschicht nur undeutlich hervor. An einer Stelle der Hornschicht befindet sich eine Art Höhle; ihr entspricht eine Anhäufung von zerbröckelten Schuppen.

Der in der Tiefe liegende freie Teil des Epidermisfetzens besteht aus verstümmelten Epithelien, die an das Bindegewebe heranreichen; letzteres zeigt keinerlei Abweichung.

Nirgends eine Spur von Verletzung. Die Haut zeigt nur die bekannten Veränderungen des Seborrheids, auf die hier nicht weiter eingegangen werden soll.

Ich meine nun, man kann gar nicht umhin, dieses Ektodermläppchen für einen COHNHEIMschen embryonalen Keim zu erklären, hervorgegangen aus dem normalen Wachstum einer embryonalen, intradermalen Einstülpung. Ob diese Anomalie häufig vorkommt, weifs ich nicht; ich selber habe sie aber noch nie beobachtet.

Der Fall giebt aber zu vielfältigen Betrachtungen Anlafs; vor allem gestattet er einen Schlufs auf den Ursprung so mancher, langsam wachsender und nie zerfallender Epitheliome. Auch haben wir zu untersuchen, was für eine Bedeutung einer derartigen anatomischen Anordnung bei der Ätiologie und dem Verlauf so mancher Entzündungen zukommt, deren Erklärung dem Kliniker grofse Schwierigkeiten bereitet.

(Übersetzt von Dr. TÜRKHEIM-Hamburg.)

Versammlungen.

Londoner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 9. Januar 1901.

(*The British Journal of Dermatology.* Februar 1901.)

Gr. Little demonstriert einen **Fall von Keratosis follicularis** bei einem achtjährigen, wohl genährten, im übrigen gesunden Knaben. Die Affektion besteht seit sechs Monaten und ist charakterisiert durch Gruppen von dicht gedrängten, hornigen Papeln mit einem centralen, schwarzen Pfropf, der $^1/_{16}$ Zoll über die Papel hervorragt. Die so befallene Haut fühlt sich wie ein Reibeisen an. Die Efflorescenzen sind symmetrisch verteilt am Rumpf, an den oberen und unteren Extremitäten. Sie fehlen gänzlich im Gesicht und auf der Kopfhaut.

G. Little demonstriert ferner einen **Fall von Dermatitis gangraenosa infantum.** Die Affektion begann bei dem neun Monate alten Kinde vor sechs Wochen mit einem Knötchen auf der Dorsalfläche des rechten Fufses. Das Knötchen brach nach einiger Zeit auf und machte einem Geschwür Platz. Derartige, wie mit dem Locheisen ausgehöhlte Geschwüre, die eine übelriechende Flüssigkeit absondern, zeigt das Kind an verschiedenen Teilen des Körpers. Der Vater des Kindes starb kurz vor Ausbruch des Hautausschlages an galoppierender Schwindsucht.

C. Fox glaubt, dafs es sich bei dem Kinde vielleicht um einen Fall von Tuberkuliden nach dem Typus der Acne scrofulosorum handeln könnte.

Macleod demonstriert und beschreibt histologische **Präparate von Parakeratosis variegata** (Lichen variegatus). Nach den Befunden zu urteilen, handelt es sich um eine oberflächliche Entzündung der Papillenschicht begleitet von Odem der letzteren und des Stratum mucosum.

Sequeira zeigt einen **Fall von Xanthoma** nach dem diabetischen Typus bei einem Patienten, der jedoch frei von Glykosurie ist. Das Allgemeinbefinden ist nicht beeinträchtigt. Der Patient zeigt eine geringe Vergröfserung der Leber, hat aber niemals Gelbsucht gehabt. Bei der ersten Besichtigung war die Haut der Brust und des Rückens dicht besät mit kleinen, rosaroten und gelben, flachen Papeln. Später wurden auch die Extremitäten befallen. Das Gesicht blieb frei. In den letzten Wochen sind einige der kleineren Tumoren spontan verschwunden, die gröfseren ragen weit weniger als früher hervor. Im ganzen macht sich die Tendenz zur Rückbildung bemerkbar.

Zwei nebeneinander liegende Knoten wurden excidiert und mikroskopisch untersucht. Sie zeigen dieselben Charaktere, wie die beim Xanthoma diabeticorum.

Sequeira demonstriert ferner einen 65jährigen Mann mit einem **pigmentierten Neoplasma der Haut.** Dasselbe besteht seit fünf Jahren. Die Haut der linken Hand und der Finger ist verdickt, teigig und von bläulicher Farbe. Auf dem Handrücken, etwa zwischen Zeigefinger und Daumen liegt ein weicher, stark vaskularisierter, maulbeergrofser, purpurroter, gestielter Tumor, der einer Funguamasse, wie sie bei Botryomykosis beschrieben wird, sehr ähnlich sieht. Die Haut des rechten Beines ist ebenfalls verdickt, teigig, bräunlich verfärbt und zeigt zahlreiche, flache warzige Geschwülste; dasselbe ist beim linken Bein der Fall. Da die histologische Untersuchung noch nicht vorgenommen worden ist, so kann eine bestimmte Diagnose nicht gestellt werden.

Die Mehrzahl der anwesenden Mitglieder macht auf die auffallende Ähnlichkeit der Geschwülste mit dem von KAPOSI sogenannten idiopathischen, multiplen Pigmentsarkom aufmerksam.

Sitzung vom 13. Februar 1901.

(*The British Journal of Dermatology.* März 1901.)

C. FOX demonstriert ein sechsjähriges Mädchen und einen 3½ Jahre alten Knaben, Geschwister, mit **Trichophytie der Kopfhaut.** Die erstere Patientin zeigt gleichzeitig **Alopecia areata,** welche zum Teil auch Stellen der mit Trichophytie behafteten Haut befallen hat. F. glaubt, dafs beide Affektionen in keinem ursächlichen Zusammenhange stehen, da Haare der Trichophytiestellen den Endothrixpilz aufweisen, während die Haarstümpfe der Alopecia areata vollständig frei davon sind.

GALLOWAY demonstriert einen 12jährigen Knaben mit einer eigentümlichen Form von **Purpura** der oberen Extremitäten, deren Beugeflächen namentlich zahlreiche runde, markstückgrofse, purpurrote Bezirke aufweisen, die bei näherer Besichtigung als aus punktförmigen Hämorrhagien zusammengesetzt erscheinen. Der Zustand besteht seit drei Wochen. Andere Körperteile, so auch die Schleimhäute, sind nicht befallen. Stellenweise sind die Hämorrhagien im Schwinden begriffen. Von Interesse ist, dafs sie eine follikuläre Verteilung aufweisen und mit kleinen Teleangiektasien vergesellschaftet sind.

SEQUEIRA stellt einen 14jährigen Knaben vor, der seit seinem vierten Lebensjahre **flache Warzen** auf der Stirn nahe der Stirnhaargrenze zeigt. Sie repräsentieren sich auf den ersten Blick als ein Band, das aus einer grofsen Zahl kleiner, glatter, flacher Papeln anfangs von normaler, später von gelblicher Farbe besteht. Mikroskopisch erweisen sie sich als typische **Acanthomata.** Die Verdickung aller Epidermisschichten mit Verlängerung der Papillen im Centrum des Tumors ist deutlich ausgesprochen. Die Hyperkeratosis war nur sehr schwach ausgeprägt.

WHITFIELD demonstriert Präparate eines Tumors, der sich histologisch als eine subepidermoidale **Epithelialgeschwulst** erweist, deren Hautdecke stark verdünnt und atrophisch ist. Die Epithelialzellen bilden Fortsätze, die tief ins Corium hineinreichen und erinnern lebhaft an die Zellen von Ulcus rodens. Einige sind spindelförmig, andere mehr oder weniger rund. Die centrale Partie des Tumors zeigt grofse Neigung zur Verflüssigung und zur Bildung cystischer Hohlräume. In einige dieser letzteren sind schöne, kleine Papillomata hineingewachsen, welche dem Ganzen ein ungewöhnliches Aussehen verleihen und es vom Ulcus rodens unterscheiden.

C. Berliner-Aachen.

New Yorker dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 25. September 1900.

(*Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.* März 1901.)

S. SHERWELL demonstriert eine 63jährige Frau mit auffallender Verdickung der Haut der Hände, Vorderarme und Füfse. Der Zustand erinnert lebhaft an **Akromegalie** oder **Elephantiasis.** Die Affektion begann vor zwölf Jahren mit intensivem Jucken an den erwähnten Stellen. Die Mehrzahl der anwesenden Mitglieder ist mit der Diagnose nicht einverstanden und sieht die Affektion als ein chronisches, juckendes Ekzem mit nachfolgender starker Verdickung der Haut an.

G. H. FOX stellt einen **Fall zur Diagnose.** Der Patient zeigt einen Ausschlag, der vor 4½ Jahren an den Oberschenkeln ausbrach und sich rapide über den ganzen

Körper verbreitete. Die Affektion ist charakterisiert durch diffuse Röte und Abschuppung der Haut, an zahlreichen Stellen durch mit Schuppen bedeckte Infiltrationen oder Plaques.

Die Diagnose schwankt zwischen universeller Dermatitis exfoliativa, Pityriasis rubra und Mykosis fungoides.

H. H. Whitehouse demonstriert einen **Fall von Pityriasis rubra pilaris** bei einem 29jährigen Manne, der sich sonst stets einer vorzüglichen Gesundheit erfreut hat. Die Affektion begann vor 21 Jahren zuerst an den Ellenbogen- und Kniegelenken und ergriff langsam den ganzen Körper. Die Haut ist diffus rot, schuppend und mehr oder weniger verdickt. Die Gesichtshaut ist glatt, stark rot und gespannt. Lichenifikation ist am Halse, am oberen Teile des Stammes und an einigen anderen Stellen vorhanden. Oberhalb der Kniekehlen sieht man einzelnstehende, akuminierte, mit Hornpfropfen versehene, typische Papeln.

Sitzung vom 23. Oktober 1900.

(*Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.* April 1901.)

E. B. Bronson demonstriert ein 2½ Jahre altes Kind mit **Epidermolysis bullosa.** Die Affektion begann 2—3 Tage nach der Geburt des Kindes im Anschluſs an ein Bad. Seitdem ist sie niemals gänzlich verschwunden. Irgend eine andere Ursache, Syphilis oder Urticaria, konnte ausgeschlossen werden. Die Eltern und die Geschwister sind gesund.

H. Klotz stellt eine 51jährige Frau als einen **Fall zur Diagnose** vor. Die Patientin hat seit vier Wochen den gegenwärtigen Ausschlag. Derselbe ist charakterisiert durch zahlreiche, schwach erhabene, schuppende Plaques von hellroter Farbe, unregelmäſsiger Gestalt und Gruppierung und von mehr oder weniger symmetrischer Verteilung im Gesicht, an den Schultern, Extremitäten, besonders den unteren, an den Handtellern. Einige Efflorescenzen sind deutlich hämorrhagisch. Auf dem rechten Fuſsrücken ist eine etwa markstückgroſse Efflorescenz, gröſser und stärker infiltriert, als die übrigen, und oberflächlich ulceriert. Ein ähnlich beschaffener Plaque befindet sich am linken Bein. An den Lippen und auf der Zunge sieht man einige oberflächliche Erosionen. Die Lymphdrüsen sind nirgends geschwollen. Jucken ist sehr schwach.

Die Mehrzahl der anwesenden Mitglieder nimmt Psoriasis mit atypischer Verteilung als vorliegend an.

Fox demonstriert einen **Fall mit miliaren papulösen Syphiliden** und einem eigentümlichen ekzematösen Zustande des Gesichts und der Handrücken, der an Ichthyosis erinnert. Die Lymphdrüsen sind stark geschwollen.

Bronson und Whitehouse glauben, daſs es sich um zwei von einander unabhängige Prozesse handele.

Ch. T. Dade demonstriert einen **Fall zur Diagnose.** Der Patient ist ein groſser, kräftiger 55 Jahre alter Mann und ziemlicher Potator, der sich stets einer guten Gesundheit erfreut hat. Vor drei Jahren bemerkte er zum ersten Male am unteren Abdomen, am Gesäſs und an den Beinen teigige Geschwülste, die 1—2 Tage an Zahl zunahmen, dann eine zeitlang stationär blieben und nach drei Monaten sämtlich wieder verschwunden waren. Die gegenwärtige ist die dritte und hartnäckigste Attacke. Einige der Geschwülste sind leicht gerötet, die meisten jedoch von normaler Hautfarbe. Ihr Auftreten kam ganz unvermittelt, plötzlich, ohne sichtbare Ursache. Vortragender glaubt, daſs es sich um ein mehr oder weniger persistierendes angioneurotisches Ödem handele, während andere Mitglieder einen embolischen Prozeſs im Lymph- oder Venensystem annehmen.

Sitzung vom 27. November 1900.

(*Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.* April 1901.)

C. W. Allen stellt einen **Fall von extensivem Lichen planus** vor. An die Demonstration schliefst sich eine sehr lebhafte Diskussion über die Behandlung des Lichen planus an. Zumeist wird dieselbe auf Linderung des Juckens gerichtet sein.

Dade empfiehlt 5%ige Guajakolsalbe, die prompt den Juckreiz herabgesetzt hat.

Klotz giebt mit Erfolg innerlich chlorsaures Kalium.

Bronson lindert das Jucken fast ausschliefslich mit der Applikation von starkkonzentriertem Karbolöl (Leinöl) äufserlich.

G. H. Fox verlangt besondere Aufmerksamkeit für die Allgemeinbehandlung der Patienten. Sie sei wichtiger als die innere Medikation und die lokale Therapie.

S. Sherwell empfiehlt, weil bei den Patienten vielfach Hyperacidität des Urins und rheumatische Zustände vorhanden seien, innerlich Vinum colchicum und alkalische Wässer.

Von Unnas Lichensalbe haben Fox und Robinson gar keinen Effekt gesehen, während Klotz, Whitehouse, Elliot, Allen gute Resultate mit ihr erzielt haben.

O. Holder demonstriert **Fälle von Prurigo** bei drei Kindern derselben Familie. Die Patienten stehen im Alter von $9^1/_2$, $7^1/_2$ und 8 Jahren. Eine Prurigopapel wurde excidiert und mikroskopisch untersucht. Von Interesse ist hierbei, worauf Auspitz schon hingewiesen hat, die Hypertrophie der Arrectores der Lanugohaare und die Exsudation um die Gefäfse, welche die Arrectores versorgen. Veränderungen in der Epidermis, wie sie Unna und andere Autoren beobachtet, habe er (H.) nicht auffinden können.

Holder demonstriert einen Knaben mit **Ekzem des Kopfes**, gegen das mit grofsem Erfolg innere Medikation von Jodkalium verordnet worden ist. Die Untersuchung der Kopfhaut hat den Trichophytonpilz zu Tage gefördert.

P. A. Morrow stellt einen **Fall von ausgedehnter, eigentümlicher Narbenbildung** nach serpiginösen Syphiliden vor. An der Stelle der abgeheilten Syphilide entstanden hypertrophische, sogenannte pseudokeloidartige Narben.

Allen hat solche mit Elektrolyse zur Abflachung gebracht.

Sherwell demonstriert einen **Fall von Morphoea**, bei einer 24jährigen Dame. Die Affektion hat einen kleinen Bezirk der linken Wange in ganz typischer Weise befallen.

J. M. Winfield stellt einen **Fall von Leukoplasia** vor. Der 44jährige Patient, starker Raucher und Potator, bekam vor zwei Jahren ein Bläschen auf der Zunge, das schwer abheilen wollte. Gegenwärtig ist die Zunge rissig und mit einer dicken Membran bedeckt.

C. Berliner-Aachen.

Fachzeitschriften.

Dermatologisches Centralblatt.

IV. Jahrgang. No. 7.

Über Bromocollsalben, von Max Joseph. Bromocoll ist chemisch als Dibromtanninleim zu bezeichnen, es ist ein graugelbes, in Wasser und verdünnten Säuren unlösliches, dagegen in Alkalien lösliches Pulver. Man verordnet es als 10—20%ige Salbe. Die Komponenten des Mittels lassen nach Verfasser annehmen, dafs dasselbe anästhesierende und desinfizierende Eigenschaften hat. Die Verbindung mit Leim hebt etwaige Ätzwirkung auf. Die Bromocollsalben bewährten sich vorzüglich als Juckstillmittel bei umschriebenem und allgemeinen Pruritus, übertrafen alle bekannten Medikamente in ihrer Wirkung. Auch beim symptomatischen Jucken des Lichen ruber planus, Lichen simplex chronicus hörte das Jucken prompt nach der Verordnung einer 20%igen Bromsalbe auf. Die Prurigo mitis und vor allem die Urticaria wurden gleichfalls sehr günstig beeinflufst, so dafs Verfasser das Bromocoll gegen juckende Hautaffektionen auf das wärmste empfiehlt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1901. Heft 4.

Über ein Geschwür an den Händen bei den Gerbern, von L. Brocq und Ch. Laubry. Bei den Gerbern ist infolge ihres Gewerbes ein Geschwür von eigenartiger Beschaffenheit an den Händen nicht selten. Dieses Geschwür, das schon mehrfach von französischen Autoren beschrieben ist, führt bei den Arbeitern die sonderbare Bezeichnung „Pigeonneau“ oder „Rossignol“ oder „Tourtereau“ u. s. w. Auf die beiden Erklärungen, die B. und L. für die Namengebung beibringen, legen sie selber keinen grofsen Wert.

Die Geschwüre sitzen immer in der Streckseite der Finger, sind kreis- oder eirund, mit ganz scharfen, steilen Rändern, wie mit einem Locheisen ausgeschlagen. Gewöhnlich bekommt man sie zu Gesicht, wenn sie 5—10 mm im Umfang haben; dementsprechend beläuft sich ihre Tiefe auf 2—4 mm. Ihr Grund ist schmierig, mit Eiter belegt, die Umgebung gerötet und infiltriert. Zuweilen ist solches Geschwür auch von einer schwarzen Kruste bedeckt. Die Ulcera kommen dadurch zu stande, dafs in kleine Hautrisse von den ätzenden Säuren und Laugen, die beim Gerben zur Verwendung kommen, etwas eindringt; diese fortwährende Reizung führt dann, ähnlich wie beim Ulcus ventriculi, zur Geschwürsbildung. Doch nehmen die Verfasser noch begünstigende Nebenumstände an, z. B. Schwächung des Körpers durch Syphilis; in zwei der drei von ihnen mitgeteilten Krankengeschichten war Lues voraufgegangen. Da das Leiden äufserst schmerzhaft ist, so kommen die Arbeiter und Arbeiterinnen verhältnismäfsig früh in Behandlung; doch dauert es immerhin einige Wochen, bis die Vernarbung vollendet ist. In besonders schmerzhaften Fällen empfiehlt sich Orthoform, sonst thun auch Jodol, Jodoform, Europhen u. s. w. gute Dienste. Der Abhandlung sind zwei erläuternde Holzschnitte beigegeben.

Die Abweichungen in der chemischen Zusammensetzung von Blut und Harn im Verlauf der Alopecie, von L. Jacquet und L. Portes. Bereits in einer früheren Abhandlung haben die Verfasser den Nachweis geliefert, dafs im Verlauf einer

Alopecie die normale Chemie des Urins gestört ist. Die weiteren, in gröfserer Reihe unternommenen Untersuchungen haben diese Ansicht nur bestätigt: Die festen Bestandteile erwiesen sich immer mäfsig vermehrt neben einer bedeutenden Hyperchlorurie, wogegen die Sulfate und Phosphate vermindert waren; je hochgradiger die Alopecie, um so stärker traten diese Abweichungen hervor. Entsprechend diesen Veränderungen im Harn fand sich nun bei einer abnormen Vermehrung seiner Aschenbestandteile eine bedeutende Hypochlorämie des Blutes, so dafs also thatsächlich eine Dechloruration des Organismus stattzuhaben scheint. Diesem fehlerhaften Chemismus des Stoffwechsels entsprechen manche Symptome der Alopecie, und therapeutisch dürften sich gegen diese Dermatose wohl Kochsalzeinspritzungen empfehlen.

In einem Schlufssatz sprechen sich die Verfasser gegen den bacillären, kontagiosen und epidemischen Charakter der Alopecie aus; sie stelle vielmehr nur eine örtliche und vorübergehende Störung dar, bedingt durch eine den ganzen Organismus umfassende Dystrophie. *Türkheim-Hamburg.*

Journal des maladies cutanées et syphilitiques.

1901. Heft 4.

Zur Histologie der Melanodermie parasitaria, von Ch. Audry. Ist in den *Monatsh. f. prakt. Derm.* bereits in deutscher Übersetzung erschienen.

Zur Histologie der Wirkung des Chrysarobins, von Menahem Hodara. Ist in den *Monatsh. f. prakt. Derm.* bereits in deutscher Übersetzung erschienen.

Heredo-Syphilis in der dritten Linie, von Troisfontaines-Liège. Die Mutter überträgt ihre vom Vater ererbte Syphilis auf ihre Tochter. Bei dem Säugling der dritten Generation bekundet sich die bereits durch zwei Geschlechter hindurchgegangene Syphilis durch raschen Körperverfall, durch Coryza und durch einzelne papulöse Syphilide im Gesicht. Unter Darreichung von Liquor van Swieten nahmen die Kräfte rasch wieder zu.

Ein Fall von Neurofibromatose mit gleichzeitiger Skoliose, von Ch. Audry-Toulouse. Der 41jährige Patient bemerkte schon seit etwa zehn Jahren braune Flecken auf seinem Rücken. Jetzt finden sich solche Flecken nebst Mollusca pendula, Verdickungen u. s. w. überall an seinem Körper, auch Gesicht und Hände sind nicht verschont; daneben besteht eine linksseitige dorsolumbale Skoliose. Aufserdem hat seine 15jährige Tochter am ganzen Körper zahlreiche Flecke; früher bestand bei ihr ebenfalls eine Skoliose. A. hält einen Zusammenhang zwischen der Neurofibromatose und den Verkrümmungen der Wirbelsäule für sehr wahrscheinlich.

Türkheim-Hamburg.

Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.

Band 19. April 1901.

I. **Benigne, epitheliale Tumoren der Haut,** von B. H. Buxton. Der Verfasser definiert zunächst den Begriff „epithelial" und bezeichnet damit diejenigen Zellen, welche einschichtig oder mehrschichtig äufsere und innere Flächen des Körpers, ferner die Lumina der Gefäfse, der Ausführungsgänge, der Drüsenalveolen etc. auskleiden oder in Strängen angeordnet sind. Als Epithel sind somit nicht nur die Zellen der Epidermis und ihrer zugehörigen Drüsen, sondern auch die die Blut- und Lymphgefäfse auskleidenden Endothelzellen anzusehen, und die aus solchem Epithel entstehenden Tumoren sind als epitheliale zu betrachten. Danach teilt Verfasser die gutartigen Epithelialgeschwülste nach ihrer Herkunft ein:

1. aus dem Stratum corneum ..... Keratoma,
2. aus der Stachel- und Keimschicht ..... Akanthoma,
3. aus dem Schweifsdrüsenausführungsgang..... Syringadenoma,
4. aus den Talgdrüsen ..... Steatadenoma,
5. aus den Gefäfsen ..... Endothelioma,
6. aus den Schweifsdrüsenknäueln..... Spiradenoma.

Zu den Keratomata gehören die Hühneraugen und Hauthörner. Sie entstehen zumeist durch Apposition von Hornzellen. Zu den Akanthomata a) die Verruca vulgaris, b) das Condyloma acuminatum, c) das Molluscum contagiosum, d) das Akanthoma adenoides cysticum-Unna oder das benigne Epitheliom-Fordyce.

Tumoren, die von den epithelialen Anhängen der Haut ihren Ausgang nehmen:

1. Syringadenoma..... Ursprungsstätte: die Schweifsdrüsengänge,
2. Spiradenoma..... „ die Knäueldrüsen,
3. Steatadenoma..... „ die Talgdrüsen.

Der Verfasser bespricht an der Hand der einschlägigen Litteratur und eigener Untersuchungen die Histologie der erwähnten Tumoren.

II. **Ein Fall von Dermatitis herpetiformis pustulosa**, von G. W. Wende und H. D. Pease-Buffalo. Der Patient ist ein 25jähriger Schmied, der stets kräftig und gesund war. Seine Hautaffektion begann vor 3/4 Jahren im Anschlufs an einen Grippeanfall mit weifsen, etwas juckenden und brennenden Bläschen in beiden Achselhöhlen. Nach 24 Stunden breitete sich der Ausschlag abwärts nach der Inguinal- und Suprapubikalgegend aus und ergriff schliefslich den ganzen Körper mit Ausnahme des Gesichts, der Handteller und Fufssohlen. Zur Zeit als Verfasser den Patienten sah, bestand der Ausschlag zumeist aus kleinen, runden, einzeln stehenden oder zu Gruppen vereinigten Pusteln. Dieselben waren stellenweise zu Ringen und Gyris konfluiert. Ihre Entwickelung ging ziemlich rasch vor sich. Eine primäre Efflorescenz war zumeist von einem scharlachroten Hofe begrenzt, klein flach und zeigte grofse Tendenz zu bersten und eine Kruste zu bilden. Eine vollentwickelte Pustel wies drei charakteristische Merkmale auf: den erythematösen Ring, den pustulösen Kreis und die centrale abschuppende Fläche. Der Patient blieb etwa sieben Wochen im Hospital, innerhalb welcher Zeit er unter Schüttelfrösten wiederholte Anfälle neuer Schübe bekam, bis er in gut gebessertem Zustande, wenn auch nicht geheilt, entlassen werden konnte.

Die Untersuchung des Blutes ergab normale Gröfse, Gestalt und Zahl der roten Blutkörperchen. Was die weifsen Blutzellen betrifft, so fanden sich:

Polynukleäre neutrophile 51%
Lymphocyten 30%
Grofse Übergangszellen..... 8%
Eosinophile..... 11%.

Die bakteriologische Untersuchung des Pustelinhaltes ergab, abgesehen von Staphylokokken, keine spezifischen Bakterien.

Nach den histologischen Befunden spielt sich der pathologische Prozefs vorwiegend in der Epidermis, und zwar im Beginn im Rete mucosum, unmittelbar über der Papillenschicht ab; im weiteren Verlaufe wird auch diese mitergriffen, während das Corium frei bleibt.

III. **Impetigo contagiosa bullosa und ihre Bakteriologie**, von M. F. Engman-St. Louis. Verfasser unterscheidet drei Formen, die er in St. Louis Gelegenheit hatte, zu beobachten:

1. Die Impetigo vulgaris (Unna), die auch in Europa verbreitetste Form. Sie entwickelt sich auf scheinbar gesunder Haut oder im Centrum einer kleinen roten

Stelle als ein zartes, mit klarer Flüssigkeit gefülltes Bläschen, das im weiteren Verlauf peripherisch sich ausdehnt, von einer entzündlichen Zone umgeben ist, während das Centrum pustulös, dann krustig wird. Nach Abfallen der Kruste bleibt eine schwach gerötete Stelle zurück, die ohne Narbenbildung schliefslich verschwindet.

2. Die Impetigo circinata (Unna). Dieselbe entwickelt sich im ersten Stadium in ähnlicher Weise, wie die vorgenannte Form. Wenn das Bläschen eine gewisse Gröfse erlangt hat, trocknet es zu einer flachen, gelben oder grünlichen Kruste ein, mit der jedoch der Prozefs nicht beendigt ist, sondern es bildet sich um die Kruste eine rote, ringförmige Zone, die erst bläschenförmig ist, dann dieselbe krustige Beschaffenheit und denselben weiteren Verlauf nimmt, wie die centrale Kruste. Es bilden sich auf diese Weise scheibenförmige Plaques mit verdickter Haut. Sie heilen viel schwerer als die anderen Impetigoformen ab.

3. Die bullöse Impetigo contagiosa ist wenigstens unter diesem Namen in der Litteratur eine seltene Affektion. Wahrscheinlich sind die schwereren Fälle mit Pemphigus verwechselt worden. In St. Louis ist diese Form der Impetigo nicht so selten, am häufigsten in den Sommermonaten, wo sie im letzten Jahre geradezu epidemisch auftrat. Auch hier ist die Einzeleffloreszenz zunächst ein Bläschen, das jedoch rapide zu einer Blase anwächst. Der Inhalt, anfangs klar, dann trübe, wird nach Bersten der Blasendecke entleert. Eintrocknen und Krustenbildung kommen auch bei dieser Form oft vor, sind jedoch kein hervorstechendes Merkmal wie bei der ersten und zweiten Form.

Über die bakteriologischen Befunde vergl. das Referat über denselben Gegenstand Bd. 32, S. 407 dieser Zeitschrift.

IV. **Zwei Fälle von Impetigo contagiosa bullosa,** von J. Grindon-St. Louis. Der eine Fall betraf einen deutschen Arbeiter, dessen Kopfhaut mit einer dicken, übelriechenden Kruste bedeckt war. Dieselbe hatte schon einige Zeit vor Ausbruch der Affektion am Körper bestanden. Hier war der Ausschlag charakterisiert durch grofse Blasen, die namentlich am Rumpfe und in den Achselhöhlen zahlreich waren. Eine einzelne Efflorescenz sah aus wie eine Brandblase. Der Patient genas innerhalb weniger Tage unter einer geeigneten Behandlung, während der zweite Fall, der ein neugeborenes Kind betraf, letal verlief. *C. Berliner-Aachen.*

Bücherbesprechungen.

Die Prophylaxe der venerischen Krankheiten und die Präventiv- wie Abortivbehandlung des Trippers, von Eugène Bourreau-Blois. (A. Maloine, Paris 1900.) In einer Einleitung bespricht der Verfasser die Prostitution und erklärt dabei die Bordellprostituierten für die am wenigsten gefährlichen. Bessere öffentliche Häuser halten sich in Paris sogar ihre Hausärzte oder lassen ihre Insassinnen durch die Vorsteherinnen häufig untersuchen, während die einzeln wohnenden Kontrollmädchen in Paris nur alle zwei Wochen einmal untersucht werden, ohne dafs die polizeilichen Strafen ein häufiges Ausbleiben zur Untersuchung verhindern können. Unter den kausalen Beweggründen zur Prostitution hebt Bourreau einerseits den angeborenen Hang zur Faulheit und zum Luxus, andererseits die niedrigen Löhne besonders der Fabrikarbeiterinnen hervor. Des weiteren behandelt der Verfasser die Pathologie und Symptomatologie der drei venerischen Krankheiten in gemeinverständ-

licher Weise, indem er besonders die Prognose, den Einfluſs auf Gesundheit der Kranken und ihrer Nebenmenschen, sowie die Frage der Heilbarkeit betont. Bei der Syphilis bespricht der Verfasser besonders nachdrücklich die Erblichkeit der syphilitischen Affektionen. Eingehend beleuchtet er ferner den verderblichen Einfluſs des auch in Frankreich üppig in Blüte geschossenen Kurpfuschertums, gerade für die Verbreitung und die Schwere der Geschlechtskrankheiten. Bei der Ätiologie der Syphilis werden angeführt als die Übertragung begünstigende Momente die gemeinsame Benutzung des Kelches bei den Protestanten, das Kosten der Gerichte mit dem Löffel durch die Köche, der Kindersuppen durch die Wärterinnen und die übrigen bekannten Faktoren. Am ausgesprochensten macht sich Verfassers Standpunkt in den Schluſskapiteln über spezielle Prophylaxe und Abortivbehandlung der sexuellen Erkrankungen geltend. Er empfiehlt als Schutz gegen Tripperinfektion und als Abortivmittel bei dem ersten Beginn der Blennorrhoe einen von ihm angegebenen in die Urethra zu schiebenden und dort verschieden lange zu tragenden Sublimatverbandapparat, der den Name Uréthroméche trägt. Der in die Harnröhre zu führende sublimathaltige Teil endigt in einen Schluſsansatz von Gummi, der das Hineingleiten der ganzen Vorrichtung verhindert und an dem die Befestigung erfolgt. Einige Experimente in vivo sind vom Verfasser ausgeführt worden, welche die bestimmt prophylaktische Wirkung des Bourreauschen Apparates beweisen. Die antiblennorrhoische Wirkung ist, wenn bis zwölf Stunden nach dem suspekten Coitus eintretend, eine sichere. Man braucht den Verband nur zwei Stunden zu tragen. Eine sichere Tripperinfektion und beginnende Sekretion wird durch sechsstündige Anwendung unterdrückt, nach welcher der Kranke noch bis eine Woche lang nach Wegbleiben des Ausflusses mit verdünnten Sublimatlösungen (20 Tropfen einer 4%igen Sublimatlösung auf 750 ccm heiſses Wasser) erst zweimal, dann einmal täglich die Pars anterior urethrae ausspülen muſs. Als Schutz gegen Syphilisübertragung empfiehlt der Verfasser dem Manne, direkt nach dem Beischlaf nach Seifenwaschung der Genitalsphäre das Glied längere Zeit, mindestens fünf Minuten in eine Sublimatlösung (ein Kaffeelöffel einer 25%igen Lösung auf einen Liter Wasser) zu tauchen. Jede prophylaktische Injektion (Blokuszewski, Frank) verwirft Bourreau. *Hopf-Dresden.*

Die Hautkrankheiten, von A. Jarisch-Graz. (24. Band der speziellen Pathologie und Therapie, herausgegeben von Hermann Nothnagel. Alfred Hölder, Wien 1900.) In den letzten Jahren sind gute dermatologische Lehrbücher, Handbücher und Encyklopädien in groſser Zahl teils neu erschienen, teils neu aufgelegt worden. Wenn daher der den Hautkrankheiten gewidmete Band des von Nothnagel herausgegebenen Monumentalwerkes befriedigen sollte, so muſste ein hervorragendes Werk geschaffen werden, das den Bedürfnissen der praktischen Ärzte wie der Spezialisten in uneingeschränktem Maſse gerecht wird. Diese Aufgabe hat Jarisch in dem vorliegenden, über 1000 Seiten umfassenden Bande in glänzender Weise gelöst. Jarisch ist ein Anhänger der Wiener dermatologischen Schule: nach seiner Überzeugung ist die Morphologie der Hautkrankheiten für die Dermatologie auch heute noch von fundamentaler Bedeutung, auf die klinisch wahrnehmbaren Merkmale stützt sich in erster Linie die Diagnostik. Der Morphologie kommt an Bedeutung die pathologische Anatomie der Dermatosen gleich, die Ätiologie und Pathogenese derselben aber kommt bei dem heutigen Stand unserer Kenntnisse erst in letzter Linie in Betracht, die ätiologische Forschung kann nur an die Morphologie anknüpfen. Dieser konservative Standpunkt des Verfassers giebt dem Werke ein charakteristisches Gepräge. Der Schwerpunkt des Ganzen ist natürlich auf die Darstellung des Krankheitsbildes und des Krankheitsverlaufes gelegt; diese werden ebenso wie die pathologisch-anatomischen

Befunde aufs Eingehendste und Anschaulichste geschildert, bei der Besprechung der pathologischen Anatomie werden insbesondere auch die von einander abweichenden oder sich widersprechenden Angaben der verschiedenen Autoren angeführt und gewürdigt. Auch bezüglich der Ätiologie und Pathogenese der einzelnen Dermatosen werden alle oder doch die meisten Theorien angeführt, hier aber machen sich die konservativen Anschauungen und die nüchterne Kritik des Verfassers geltend, der die alten, wenn auch nicht bewiesenen, so doch plausiblen Erklärungen neuen, nicht nur unbewiesenen und gewagten, sondern auch unwahrscheinlichen Hypothesen vorzieht und auch ein ehrliches „ignoramus" nicht scheut. Des weiteren wird selbstverständlich auch die Diagnose und Differentialdiagnose, die Prognose und insbesondere die Therapie ausführlich besprochen. Die Darstellung der Behandlung beschränkt sich nicht auf eine Aufzählung der gebräuchlichen Mittel, bringt vielmehr bei den meisten Affektionen eine auf die reichen persönlichen Erfahrungen des Verfassers gegründete kritische Würdigung der einzelnen Medikamente und Behandlungsmethoden. Den Schluss eines jeden Kapitels bilden ziemlich ausführliche Litteraturangaben, die ebenso wie die eingehenden pathologisch-anatomischen Schilderungen insbesondere den Spezialärzten willkommen sein dürften. Ein System der Hautkrankheiten aufzustellen oder eine der von anderen Autoren gegebenen Einteilungen anzuwenden, verschmäht Jarisch; er glaubt, „dem heutigen Stande der Dermatologie besser zu entsprechen, wenn er den Versuch unterlässt, die Hautkrankheiten in Klassen und Familien, die doch auf Schritt und Tritt durchbrochen werden müssten, zu ordnen. Je mehr sich unsere Kenntnisse vertiefen und je bessere Einsicht wir in die Mangelhaftigkeit derselben gewinnen, um so gekünstelter und unbrauchbarer erscheinen all die aufgestellten und gebräuchlichen Systeme." Natürlich werden die einzelnen Affektionen nicht in willkürlicher und planloser Reihenfolge nach einander abgehandelt, sie sind vielmehr in erster Linie nach klinischen, in zweiter Linie nach ätiologischen Gesichtspunkten geordnet. Auf Einzelheiten einzugehen, ist nicht möglich. Erwähnt sei nur noch, dass alle, auch die seltensten Affektionen, besprochen werden. — Der Preis des Buches ist ein ziemlich hoher (26 M.): Das ist wohl das Einzige, was an dem trefflichen Werk auszusetzen ist. *Götz-München.*

Zur Pathologie der sekundär-luetischen Erkrankung der Lymphdrüsen, von Albert Jesionek-München. (Habilitationsschrift, München 1901.) Der Verfasser hat in neun Fällen von Syphilis aus verschiedenen Regionen geschwollener Lymphdrüsen (Inguinal-, Femoral-, Kubital- und Mastoidealdrüsen) exstirpiert; in allen Fällen handelte es sich um die gewöhnliche, in keiner Weise komplizierte Form von Lymphdrüsenschwellung, wie sie in der Frühperiode der Syphilis als geradezu pathognomonisches Symptom auftritt. Obwohl nun die Drüsen zum Teil während der zweiten Inkubationszeit, zum Teil während der sekundären Periode, zum Teil bei noch unbehandelten Kranken, zum Teil nach vorausgegangener spezifischer Behandlung, zum Teil kurz nach ihrer Erkrankung, zum Teil erst nach mehrmonatlichem Bestehen der Schwellung exstirpiert wurden, ergab doch die pathologisch-anatomische Untersuchung im wesentlichen stets ein und dasselbe Bild. Entgegen der gebräuchlichen, von Brücke gegebenen Differenzierung des Drüsengewebes in die Substantia corticalis und die Substantia centralis sive medullaris unterscheidet der Verfasser an den Lymphdrüsen: 1. die Follikel oder Alveolen der Rindensubstanz mit den Follikular- oder Marksträngen der Marksubstanz, welch letztere lediglich die Fortsetzungen der Follikel der Rindensubstanz sind, 2. die Lymphsinus in der Kortikal- und in der Marksubstanz. Nach den Ergebnissen der vorgenommenen Untersuchungen nun dokumentiert sich die spezifische Erkrankung der Lymphdrüsen in den Frühstadien der

Nach neun Monaten dieser ersten Merkurdarreichung folgt eine neue Pillenmedikation und zwar ebenfalls wieder neun Monate lang, je dreimal am Tage eine Pille:

Hydrargyr. jod. rubr.	0,0075
Pulv. Zingiber.	0,06
Extr. Quass. q. s. ut fiat pillula.	

Bleibt nach dieser Kur von im ganzen 18 Monaten der oder die Kranke zwei Jahre lang ohne Erscheinungen, so wird er als gesund und heiratsfähig angesehen. Gegen Spätsyphilide des Gesichts oder der Hände verordnet Robinson folgende Salbe:

Hydrarg. ammon. chlor.	0,90
Hydrarg. ox. flav.	1,20
Ol. Ros. essent. gtts. II	
Glycerin.	3,75
Ox. Zinc. pulv.	1,87
Adepsin. alb.	30,00.

MDS. Salbe.

Bei kongenitaler Lues läfst Verfasser Ung. cinereum in der Gröfse einer Haselnufs täglich in die Fufssohlen einreiben, bei Kachexie daneben noch täglich 4—15 g folgender Mixtur eingeben:

Ol. morrhuae	60,0
Pulv. tragac. co.	22,5
Ol. cinnamom. gtts. IV	
Liq. arsenic. gtts. XLVIII	
Sirup. ferr. phosph. co.	90,0
Aquae ad	360,0.

Hopf-Dresden.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Phosphaturia calcaria dyspeptischen Ursprungs, von M. Robin. (*Presse méd.* 1900. No. 102.) Die Abhandlung bringt nichts Neues, was die klinischen Symptome betrifft. Therapeutisch hat der Arzt im vorliegenden Fall eine mehrseitige Aufgabe, erstens die Dyspepsie zu beseitigen, die Phosphaturie und die Anämie zu bekämpfen, zweitens die schmerzhaften Miktionen zu lindern. Absolute Milchdiät für kürzere Zeit, um die Reizbarkeit des Magens zu vermindern. Nach 14 Tagen Rückkehr zum Fleisch, ganz allmählich, doch nur in gut gebratenem und gekochtem Zustand. Daneben mit Wasser gekochte Gemüse. Aufserdem saure Limonaden. Später giebt man arsenik- und phosphathaltige Speisen (Gehirn, Austern, Endivien, Artischoken u. a.). Schliefslich darf die Eisendarreichung nicht vergessen werden. An Bädern empfiehlt der Verfasser Cauterets, Plombières und Nerés. Um die Miktionsbeschwerden zu heben, gebe man 1 g Bromkalium oder Opium- und Belladonnasuppositorien, wenn nicht schon einige Gläser indifferenten Mineralwassers genügt haben.

Hopf-Dresden.

Komplete Atresia vaginae, von W. E. Fothergill. (*Brit. med. Journ.* 3. Febr. 1900.) Verfasser hatte Gelegenheit, ein 21jähriges Mädchen zu beobachten, das niemals menstruiert hatte. Im letzten Jahre klagte die Patientin über periodisch wiederkehrende Schmerzen in der Beckengegend. Die sorgfältige Untersuchung ergab ein Hymen imperforatum und Fehlen eines Uteruskörpers, der Tuben und Ovarien.

C. Berliner-Aachen.

Komplete Atresia vaginae, von J. M. Cotterill. (*Brit. med. Journ.* 7. April 1900.) Eine 28jährige, verheiratete Dame hat niemals menstruiert, keinerlei periodische Leib- und Rückenschmerzen, keine Kopfschmerzen gehabt und sich stets einer guten Gesundheit erfreut. Wegen der Amenorrhoe hat sie niemals einen Arzt befragt. Seit zwei Jahren ist sie verheiratet. Die Unmöglichkeit der Kohabitation trieb endlich die Frau zum Arzte. Die bimanuelle Untersuchung ergab einen kleinen atrophischen Uterus und abnorm kleine Ovarien. Per rectum konnte man die Urethra durchfühlen, dagegen war keine Spur einer Vagina vorhanden.

Der Verfasser beschreibt ausführlich den Gang der Operation, durch welche er der Frau eine neue Vagina hergestellt und dem Ehemann die Kohabitation ermöglicht hat. *C. Berliner-Aachen.*

Ein Fall von Atresia vaginae, von St. M. Laurence. (*Brit. med. Journ.* 20. Jan. 1900.) Verfasser wurde wegen hysterischer Anfälle eines 17jährigen Mädchens, das bis dahin nicht menstruiert hatte, konsultiert und konstatierte nach eingehender Untersuchung der Patientin vollständiges Fehlen der Vagina, des Uterus und der Tuben, sowie leichte Hypertrophie der Ovarien. Von zwei Ärzten, welche später die Patientin untersuchten, stimmte der eine mit dem Verfasser überein, während der andere bei der Untersuchung auch noch die Ovarien gänzlich vermifste.

C. Berliner-Aachen.

Retention menstruellen Blutes infolge von Atresia vaginae, von Ch. J. Cullingworth. (*Brit. med. Journ.* 6. Jan. 1900.) Die Retention menstruellen Blutes kann verursacht werden durch Hymen imperforatum, durch Atresia vaginae oder durch Atresia der Cervix uteri. Der Verfasser beschreibt einen Fall bei einer 13jährigen Schülerin, welche sich bis zum 1. März 1899 völlig wohlbefunden hatte, als sie plötzlich in der Nacht von heftigen Schmerzen im Rücken und im Abdomen befallen wurde. Bei der Untersuchung des Abdomens durch Palpation stellte Verfasser einen cylindrischen, glatten, elastischen, fluktuierenden, aus dem Becken hervorragenden, bis zur Höhe des Nabels reichenden Tumor fest. Die Patientin hatte bis dahin niemals menstruiert und auch keine periodisch auftretenden Schmerzen gehabt.

Die Untersuchung der Genitalien ergab, dafs das Orificium vaginae durch eine bläuliche Membran vollständig verschlossen war. Es wurde eine Incision in diese Membran gemacht, worauf sich eine grofse Menge einer dicken, dunkelbraunen Flüssigkeit entleerte. Noch einige Tage hielt der Ausflufs an. Während dieser Zeit nahm das Abdomen wieder seine normalen Dimensionen an.

Nach der Menge der entleerten Flüssigkeit zu urteilen, mufste die Retention des menstruellen Blutes viele Monate gedauert, der Eintritt der Menstruation bei dem Mädchen sehr frühzeitig stattgefunden haben.

Verfasser beschreibt weitere vier Fälle. (*Brit. med. Journ.* 13. Jan 1900.)

C. Berliner-Aachen.

Varicocele der Labia majora, von J. E. Rosenstein. (*Brit. med. Journ.* 13. Jan. 1900.) Verfasser wurde zu einer 22jährigen, jungen Frau gerufen, die mit bleichem, ängstlichem Gesicht in einer Blutlache auf dem Bette lag. Die Untersuchung ergab, dafs das Blut durch einen Rifs im oberen Drittel des linken Labium majus flofs. Der

Riſs wurde rasch vernäht und die Blutung gestillt. Eine genauere Besichtigung der vom Blute gereinigten Teile stellte ein groſses Netzwerk von Venen fest, welche das obere Drittel der Vulva umgaben und hier einen etwa haselnuſsgroſsen Knäuel bildeten. Als die im vierten Monate schwangere Frau sich bückte, um sich einen Schuh anzuziehen, barst eine der varikösen Venen und veranlaſste die profuse Blutung.

C. Berliner-Aachen.

Blennorrhoe und Komplikationen.

Pathologie und Therapie der Blennorrhoe, von A. Buschke. (*Berlin. klin. Wochenschr.* 1900. No. 49 u. 50.) Vorträge über Syphilis und Blennorrhoe, gehalten auf Veranlassung des königl. Unterrichtsministeriums in der Charité zu Berlin. In kurzen markanten Zügen sind hier die Geschichte des Trippers, der bekanntlich die am längsten gekannte, schon im alten Testamente angedeutete, venerische Krankheit ist, ihre Unterscheidung von anderen Harnröhrenkatarrhen, die Bedeutung des Gonococcus, dessen Färbe- und Kulturmethoden, Dauer, Symptome und Behandlung dargestellt, ohne wesentlich Neues zu bringen. Der Janetschen Methode spricht B. den Charakter als Abortivmittel völlig ab und hält sie bloſs für zulässig, wenn die einfacheren Injektionen versagen; überhaupt gäbe es keine Abortivbehandlung der Blennorrhoe. Im Gegensatz zu anderen Autoren, welche die Einführung von Instrumenten vor Ablauf von ca. drei Monaten nach Beginn der Krankheit nur für die äuſsersten Fälle zulassen, hat es sich B. zur Regel gemacht, jeden Blennorrhoiker mit der Knopfsonde nach ca. 4—5 Wochen zu untersuchen, ob sich ein Infiltrat in der Harnröhre gebildet hat. Bei Urethritis posterior soll die interne Therapie (Salol, Salicylsäure, Bärentraubenblätterthee) anfangs mehr leisten als die lokale, welche später in Guyons Instillationen besteht. Zur Behandlung der chronischen Blennorrhoe erwähnt B. der letzteren aber gar nicht, sondern in erster Linie der gewöhnlichen antiseptischen Einspritzungen und besonders der Fingerschen Methode mit ansteigenden Cuprum sulfuricum-Lösungen (von ¼—3—5%). Der Prostatitis als Komplikation der akuten Blennorrhoe ist eine ausgedehnte Beschreibung gewidmet und schliefslich als wohl interessantestes Kapitel das der „blennorrhoischen Metastasen" angefügt. Es sei hier nur angeführt, daſs B. folgende als deren wesentlichste Lokalisationspunkte angiebt: 1. die Gelenke, Sehnenscheiden, Schleimbeutel, Muskel und Knochen, 2. die Erkrankungen des Herzens und zwar des Endokards, Myokards, dazu der Pleura und des Peritoneums, 3. die blennorrhoischen Nervenkrankheiten (Ischias, andere Neuralgien), 4. die blennorrhoischen Hautkrankheiten (Erytheme, Exantheme) und 5. die sogenannte Conjunctivitis rheumatica im Verlauf der Blennorrhoe und die Iritis. Das Zustandekommen der Metastasen erklärt B. im wesentlichen verursacht durch die Invasion der Mikroorganismen in den Körper, vielleicht zum Teil auch durch die Verbreitung der Toxine im Organismus.

Stern-München.

Zur Prophylaxe und Therapie der Blennorrhoe, von W. Steckel. (*Klin. therap. Wochenschr.* 1900. No. 49.) Zu therapeutischer Injektion von Protargolvaselin in die Harnröhre benutzt Verfasser Gelatinetuben (Patent Dr. Stohr). Man drückt aus der mit der Salbe gefüllten Tube etwas in die Harnröhre und massiert die eingepreſste Salbenmasse nach rückwärts bis zum Bulbus. Es wird eine ½- bis 1%ige Protargolsalbe benutzt. Für chronische Fälle von unkomplizierter Blennorrhoea anterior ist das Verfahren zu empfehlen. Es ist demjenigen von Strebel mittelst Urethrophortuben vorzuziehen, da bei den Gelatinetuben kein Ansatzstück in die Urethra eingeführt zu werden braucht. Auch die Strebelsche Salbe:

Bolus alb.	25,0
Glycerin	50,0
Protargol	1,0

ist nicht so praktisch, wie das einfache Protargolvaselin. Zur Prophylaxe lassen sich diese Gelatinetuben auch sehr gut verwenden; nach jedem verdächtigen Coitus wird etwas 1%iges Protargolvaselin in die Urethra gepreſst.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Tripper gegen Syphilis, von W. R. Blue-Louisville. (*Louisville Journ.* 1901. No. 9.) Der Verfasser betont, wie wenig noch heutzutage das groſse Publikum von der Gefährlichkeit des Trippers Kenntnis habe. Der Name Syphilis sei gekannt und das Leiden gefürchtet. Vom Tripper aber spreche man noch verächtlich und unterschätze diese Geiſsel der Menschheit leider in einer Weise, die sich bitter räche. Blue fordert Aufklärung des Publikums über die Gefahren, die der Ehefrau, dem Kinde und der Allgemeinheit infolge dieser falschen Miſsachtung des Leidens drohen. Die Wege, die er dazu vorschlägt, sind die schon oft erwähnten, wie sie schon auf der Brüsseler Konferenz so vielseitig wie einstimmig angegeben worden sind.

Hopf-Dresden.

Welche Punkte hat die Blennorrhoeuntersuchung der Prostituierten zu berücksichtigen und wie ist sie auszuführen? von Carl Gumpertz. (*Wien. klin. Rundsch.* 1900. No. 41.) Auf Grund eingehender Betrachtungen kommt Verfasser zu folgenden Leitsätzen: 1. Selbst die rigoroseste Untersuchung auf Blennorrhoe wird nur einen Teil der Infektionen verhindern können, weil die an unheilbarer und stets recidivierender Blennorrhoe leidenden Prostituierten nicht dauernd ihrem Gewerbe entzogen werden können. 2. Die mikroskopische Untersuchung des Sekretes ist grundsätzlich bei jeder Puella vorzunehmen und nur dann zu unterlassen, wenn letztere schon vorher als krank erkannt ist. 3. Soll durch die Prostituiertenkontrolle überhaupt etwas erreicht werden, so ist sie ebenso wie die mikroskopische Untersuchung trotz der nicht unerheblichen Mehrkosten zweimal wöchentlich vorzunehmen. 4. Die bakteriologische Untersuchung ist zweckmäſsig nichtärztlichen technischen Beamten zu übertragen, welche auf diesem Gebiete theoretisch und praktisch unterrichtet und geprüft sind.

Für die sittenpolizeiliche Kontrolle werden folgende Vorschriften zu gelten haben:

A. Allgemeine.

Die Kontrolle findet für jede Prostituierte zweimal wöchentlich in einem dafür eingerichteten Untersuchungslokale mit anstoſsendem Mikroskopierzimmer statt. Jede Prostituierte ist klinisch und mikroskopisch auf Tripper zu untersuchen.

Ausnahmen:

1. Die Untersuchung auf Blennorrhoe kann unterbleiben: a) bei denjenigen Dirnen, welche von der Station als voraussichtlich dauernd tripperkrank entlassen sind, wofern sie sich nachweislich wöchentlich zweimal in der Poliklinik eines Krankenhauses oder eines der in dem Sittenbuche namhaft gemachten Spezialärzte zur Untersuchung und Behandlung vorstellen; b) beim Monatsflusse.

2. Die mikroskopische Untersuchung kann unterbleiben: a) falls die Prostituierte wegen Syphilis, Schanker oder Krätze krank geschrieben wird; b) wenn sie übelriechenden, eitrigen Ausfluſs mit Rötung oder Schwellung der Geschlechtsteile zeigt und schon deshalb der Station zugewiesen wird.

B. Ärztliche Untersuchung.

1. Nacheinander werden untersucht: Gesicht, Mundrachenhöhle, Lippe, Nackendrüsen, Brust, Arme, Achseldrüsen (Cubitaldrüsen).

2. Auf dem Untersuchungsstuhle: After, Bauch- und Schenkelhaut, Leistendrüsen, grofse und kleine Labien, besonders hintere Kommissur und Harnröhrenmündung. Mittelst einer Kornzange oder einer Platinöse ist Sekret aus den Bartholinischen Drüsen und aus der Harnröhre zu entnehmen, im Notfalle von der Schleimhaut der Harnröhre abzukratzen. Das Sekret wird sogleich auf ein Objektgläschen gestrichen.

3. Mit dem Mutterspiegel: Scheide, Orificium, Cervix; Ausspülung der Scheide bei starker Schleimabsonderung mit Wasser. Aus dem Cervix wird Sekret entnommen und auf denselben Objektträger gestrichen. Desinfektion von Mundspatel etc. nach jedesmaligem Gebrauch in 1%iger Holzinlösung. Ausglühen von Platinöse (resp. Platinspatel).

4. Auf den erwähnten Objektträger wird ein zweites Gläschen aufgedrückt und in das Buch der Dirne gelegt, welche sich damit in das Mikroskopierzimmer begiebt.

C. Gonokokkenuntersuchung.

Der führende Beamte färbt das Präparat und giebt es dann dem untersuchenden. In das Buch wird eingetragen:

B. U.: Go + (Gonokokken vorhanden).
B. U.: Go 0 (Gonokokken fehlen).
B. U.: Go ? (Gonokokken zweifelhaft).

Zur Durchführung dieser Kontrolle würde für Berlin nötig sein die Mehreinstellung von 8 Kontrollärzten, 20 Bakteriologen, 4 Wärterinnen. Die Mehrkosten würden (von Lokalitäten abgesehen) ca. 48000 Mark jährlich betragen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Persönliche Prophylaxe und Abortivbehandlung des Trippers beim Manne, von C. Kopp. (*Münch. med. Wochenschr.* 1900. No. 48.) Der Verfasser glaubt nicht, dafs der Appell zur sexuellen Abstinenz, der jüngst von Seiten der deutschen Hygieniker an die studierende Jugend ergangen ist, einen nennenswerten praktischen Erfolg haben wird. Nach Kopps Überzeugung ist es, um wenigstens die Weiterverbreitung der Blennorrhoe einzuschränken, viel wirkungsvoller, die interessierten Kreise darauf hinzuweisen, dafs durch persönliche Prophylaxe, bezw. durch eine sehr frühzeitig eingeleitete Abortivkur der Ausbruch einer Blennorrhoe mit ziemlicher Sicherheit verhindert werden kann. Die persönliche Prophylaxe besteht entweder in der Anwendung des altbewährten Kondoms oder in Einträufelung einer 20%igen Protargolglycerinlösung unmittelbar post coitum; das „Protargolprophylaktikum" wurde neuerdings durch Bayer & Co. in Elberfeld in sehr zweckmäfsiger und handlicher Form auf den Markt gebracht. Die Möglichkeit durch eine längstens 10—12 Stunden post coitum eingeleitete Abortivkur das Auftreten einer Blennorrhoe zu verhüten, hält Kopp auf Grund seiner Erfahrungen für unbestreitbar. Die Abortivkur (nach Welander) besteht darin, dafs man die den Meatus und die Fossa navicularis auskleidende Schleimhautfläche mit einem kleinen mit Watte umwickelten Tamponträger kräftig abreibt und dann eine 2%ige Argentum nitricum-Lösung oder 20%ige Protargolglycerinlösung aufpinselt; die Pinselung kann am nächsten Tag wiederholt werden.

Götz-München.

Bemerkungen zu dem Aufsatze von Prof. Kopp über „persönliche Prophylaxe und Abortivbehandlung des Trippers", von C. Fraenkel - Halle a. S. (*Münch. med. Wochenschr.* 1900. No. 51.) Polemik gegen Kopp, der in seinem Aufsatze den von Fraenkel redigierten Aufruf der deutschen Hochschullehrer der Hygiene an die studierende Jugend, betreffend die Gefahren der Geschlechtskrankheiten und die Wege zu ihrer Verhütung und Bekämpfung, kritisiert und für wirkungslos erklärt.

Götz-München.

Die Blennorrhoe und unser moderner Standpunkt in der Frage der Behandlung derselben, von Henry J. Scherek. (*New York med. Monatsschr.* 1900. No. 12.) Die Behandlungsweise, welche Verfasser für die Blennorrhoe empfiehlt, ist folgende: Ausspülung der Urethra mit lauwarmem Wasser, Injektion von einer der folgenden wässerigen Lösungen: Argonin (4—8%), Protargol (5%), Merkuriol (2%), Credés Silber (1%), darauf Janetsche Spülung der Urethra anterior mit vier Litern einer 1‰igen erwärmten Kalium permanganicum-Lösung mittelst stumpfer Ansatzkanüle. Diese Lösung wird täglich konzentrierter genommen bis 1 : 500 und das ganze Verfahren täglich ein- bis zweimal wiederholt. Sobald Gonokokken nicht mehr nachweisbar sind, wird nur noch mit Kalium permanganicum gespült. Die Gonokokken schwinden in 6—10 Tagen, völlige Heilung in 2—3 Wochen. Intern alkalische Wässer, besonders Diuretika (Triticum repens, Saw Palmetto), Sandelöl, als Antiseptikum Cystogen, eine Verbindung von Formaldehyd mit Ammonium nach folgender Formel:

Cystogen 0,3
Ol. Santal. 0,6
d. t. dos. No. 30 ad caps.
Ds. alle vier Stunden eine Kapsel.

Zur Behandlung der chronischen Blennorrhoe wird die Dilatation, danach dieselbe Prozedur wie oben empfohlen; auch Instillationen finden Verwendung. (Wie lange mag wohl jede Sitzung dauern, wenn zuerst mit lauwarmem Wasser ausgespült, dann eine Silberlösung injiziert und fünf Minuten später die vordere Harnröhre mit ihrer Kapazität von 10,0 ohne doppelläufigen Katheter mit vier Litern Kalium permanganicum-Lösung durchgespült werden soll? Welcher Arzt hat die Zeit dazu? Welcher Patient die Zeit, die Ausdauer und das Geld? Vielleicht helfen in manchen Fällen die polypragmatischen Prozeduren, aber in Deutschland wenigstens werden wenige Blennorrhoiker für dieselben zu erwärmen sein. D. Ref.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Der Nachtripper (Goutte militaire), von M. L. Jullien-Paris. (J. Rueff, Paris 1899.) In diesem ziemlich eingehenden klinischen Vortrag (ca. 30 Seiten) bespricht J. den Nachtripper in pathologisch-anatomischer, semiotischer und therapeutischer Beziehung. Er hebt die Bedeutung einer harnsauren Diathese, der Hämorrhoiden (die analen Varicen bieten oft einen Fingerzeig zur Erkennung der urethro-vesikalen), der Skrophulose hervor, weist auf den Einfluſs eines Übermaſses nicht weniger als eines Mangels an Behandlung und auf den Wert der Hygiene hin, erklärt den Begriff Sklerose, eine Umformung von Cylinderepithel in Pflasterepithel, erwähnt die Rolle, welche oft von der „latenten" Blennorrhoe bei der Entstehung der Impotenz gespielt wird und berichtet über einen prägnanten Fall. Ferner schildert er die mit groſser Vorsicht auszuführende Anwendung von Höllensteineinspritzungen zum Nachweis der Gonokokken und betont die Notwendigkeit einer genauen Untersuchung des gesamten Genitalapparates. In therapeutischer Hinsicht kommen in Betracht neben der allgemeinen Behandlung die Darreichung der Balsamica, deren Wert aber J. nicht überschätzt wissen will. Die Injektionen, eventuell unter Überwindung des Sphincters, wie Guiard dies angegeben hat, ferner die Injektionen von Methylsalicyl in flüssigem Vaselin (2%), eventuell mit Bismuth. subnitric. (20%), welche eine Viertelstunde lang zurückgehalten werden sollen. Auſserdem werden erwähnt die Ausspülungen nach Janet mit Kal. permangan., Sublimat (besonders in den gonokokkenfreien Fällen), Creolin, Gallo-bromol, Protargol, Ichthyol, Argent. nitric. u. s. w., die Instillationen mit Salben (Tommasoli) z. B. Protargol 5—20% mit Lanolin und Vaselin ää und

anderen Mitteln, Cuprum sulfuric., Zincum sulfuric., Ferrum sulfuric., Resorcin und Acid. picrin. Zum Schlufs wird die Therapie der Striktur kurz gestreift.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Tripper und Ehe, von M. v. Zeissl. (*Wien. med. Presse.* 1900. No. 46.) Die Gefahr der Syphilis für die menschliche Gesellschaft wird seit langer Zeit von den Ärzten gebührend gewürdigt und das Eingehen einer Ehe mit einem syphilitisch gewesenen Manne oder Weibe, von einem gewissenhaften Arzte nur nach genauer Erwägung aller Umstände gestattet. Hingegen ist dem Tripperprozesse gegenüber noch nicht die gleiche Rigorosität im ärztlichen Handeln zum unumstöfslichen Gesetze geworden. Von ärztlicher Seite ist einem Manne, welcher früher an Tripper erkrankt war, die Ehe dann zu gestatten, wenn unter allen möglichen Vorsichtsmafsregeln keine Gonokokken in der Urethra nachgewiesen werden können. In vielen Fällen, namentlich wo nur vereinzelte Diplokokken gefunden werden, mufs auch die Reinkultur versucht werden. Es mufs mehrmals im Verlaufe längerer Zeit das Sekret aus allen Teilen der Urethra und womöglich auch aus den Samenbläschen untersucht werden, ferner Harnröhrenabsonderung nach Eiter erregenden Injektionen und mechanischer Reizung und das mechanisch durch geknöpfte Sonden ausgepreíste Sekret der Schleimhaut der Harnröhre und ihrer Einstülpungen. Was das Weib anbelangt, so wird sich die Untersuchung nicht nur auf die Harnröhre, sondern besonders auf den Cervicalkanal, die periurethralen Krypten, die Ausführungsgänge der Bartholinischen Drüsen und das Rektum erstrecken müssen. Ebenso sollen die Flöckchen und Fäden im Urin untersucht werden. Die Heiratserlaubnis ist nicht zu versagen, wenn katarrhalische Erscheinungen trotz aller Behandlung zurückbleiben, vorausgesetzt, dafs Gonokokken trotz allen Suchens nicht auffindbar sind. Um die Diagnose des Neisserschen Gonococcus in klinischen oder forensischen Fragen sicherzustellen, mufs der mikroskopische Befund, die Reinkultur und die klinische Untersuchung ein übereinstimmendes Resultat liefern. Bei der Wichtigkeit, welche die Tripperinfektion und die Infektion mit den beiden anderen venerischen Giften für die menschliche Gesellschaft besitzen, wird man immer energischer auf eine ausreichende individuelle und staatliche Prophylaxe gegen die venerischen Krankheiten dringen müssen.

A. Alpár-Alexandria.

Blennorrhoe und Ehe, von E. C. Burnett-St. Louis. (*St. Louis Courier.* Aug. 1900.) Eingangs seiner Arbeit bearbeitete B. die so oft schon aufgeworfene Frage, ob Blennorrhoe überhaupt heilbar sei, so dafs die Ehe dem Patienten ohne Skrupel zu erlauben ist, im völlig bejahenden Sinne und zwar hat er das ganz erstaunlich günstige Resultat von 100 % Heilung sowohl bei Urethritis anterior wie posterior erreicht. Die Behandlungsmethoden, welchen B. diese sicheren und raschen Erfolge verdankt, sind bei akuter Blennorrhoe Irrigationen der Harnröhre mit baktericiden Lösungen, warm oder kalt je nach dem Fall und innerliche Darreichung von speciell indizierten Mitteln (stark reizender, alkalischer oder stark saurer Urin). Die Zahl der Irrigationen wechselt von ein bis drei täglich, d. h. in den ersten 10—14 Tagen werden sie gewöhnlich dreimal täglich gegeben und dann allmählich mit dieser Zahl herabgegangen. Bei chronischer Urethritis in den ersten Tagen Irrigationen mit milder sterilisierter Lösung, dann Endoskopie und je nach dem mehr zirkumskripten oder ausgedehnten Sitz der Affektion lokale Applikation mittelst des Endoskops alle vier bis fünf Tage oder Irrigationen, Injektion oder Instillation; die einzelnen Arzneimittel, welche B. zu seinen guten Resultaten verhalfen, giebt er nicht näher an. Im weiteren Verlaufe der Behandlung ist vor allem noch Enthaltung von alkoholischen und sexuellen Excessen notwendig. Wenn nun Heilung eingetreten, kein Ausfluís

nach einem Zeitraum, welcher in den verschiedenen Fällen von einigen Wochen bis mehrere Monate wechselt, mehr vorhanden ist und die endoskopische Untersuchung der Harnröhre dieselbe als gesund erweist, so steht B. nicht an, dem Patienten zu versichern, dafs er heiraten kann, ohne Gefahr, seine Frau zu infizieren, jedoch mit der Einschränkung, er müsse recht Mafs halten auch in künftigen Zeiten.

[Interessant wäre es immerhin, zu erfahren, in wie vielen Fällen ohne weitere Folgen des Verfassers Rat befolgt wurde; denn wie häufig kommt die scheinbar völlig geheilte Blennorrhoe nach vielen Monaten plötzlich wieder zum Ausbruch! Ref.]

Stern-München.

Tripper und einige seiner Komplikationen beim Mann, von John P. Gilmer-Louisville. (*Louisville Journ.* 1901. No. 9.) Aus der Abhandlung ist folgendes von allgemeinem Interesse. Injektionen verwirft der Verfasser für das entzündliche Stadium der Urethritis. Er giebt zuerst nur: Ol. santal. gtts. X., Salol. 0,12 Caerul. methylen. 0,06 ad caps. gelat. und zwar 3—4 mal täglich. Später läfst er injizieren und zieht dabei Kaliumpermanganat vor. Hier steigt er nie über 1,8 : 300,0.

Hopf-Dresden.

Über das Vorhandensein von Gonokokken im Blute. (*Lyon méd.* 1901. No. 5.) Jullien liefs vor einigen Jahren Blut eines Syphilitikers auf spezifische Bakterien untersuchen. Der damit beauftragte Bakteriologe fand keine Lustgarten-sche Bacillen, dagegen „wimmelte“ es von Gonokokken und in der That hatte der betreffende Patient neben seiner Syphilis noch eine akute Blennorrhoe.

C. Müller-Genf.

Die Bedeutung des Gonococcus für die Therapie der chronischen Blennorrhoe, von Wossidlo. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1900. No. 48.) Solange Gonokokken im Urethralsekret nachweisbar sind, soll man mit Instrumenten aus der Harnröhre bleiben. Wossidlo teilt nun auf Grund seiner Erfahrungen mit, dafs gerade dann Dehnungen angebracht sind, wenn die Gonokokken nicht verschwinden wollen, oder nur scheinbar verschwinden; dann werden die in der Tiefe sitzenden Gonokokken mobil gemacht und können eliminiert oder getötet werden. Als Gegenindikationen der Dilatationen gilt nur die akute Urethritis posterior und Prostatitis; doch ist in solchen Fällen ja jede Lokalbehandlung kontraindiziert. *F. Hahn-Bremen.*

Die Gonokokkeninfektion, deren unmittelbare und weiteren Folgen, von Will. E. Ground-West Superior. (*St. Paul Journ.* Okt. 1900.) Gr. beschreibt hier kurz all' die zahlreichen Folgekrankheiten, welche die Blennorrhoe der männlichen wie weiblichen Geschlechtsorgane nach sich ziehen kann; er geht wohl nicht fehl, wenn er daher die Blennorrhoe als die gefährlichste aller venerischen Affektionen erklärt und sie der Tuberkulose und dem Carcinom in den Verheerungen, die sie unter den Menschen anrichten, an die Seite stellt. Der Prozentsatz Ungeheilter, welche Gr. auf 90 % schätzt, stellt unserer Therapie ein schlechtes Zeugnis aus. Von den Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane sind das häufige Übergreifen auf Gebärmutter, Tuben und Ovarien, das damit zusammenhängende oft viele Jahre währende Siechtum der jungen Frauen, die Sterilität in beiden Geschlechtern als Folgen allgemein bekannt. Für die blennorrhoische Arthritis und Tendovaginitis, für weit von der Infektionsquelle entfernte Abscesse (an der Hand, Ellenbogen und Kniegelenk) mit Gonokokkenbefund, Cystitis, Nephritis und Pyelonephritis führt Gr. sodann zahlreiche Beispiele aus der Litteratur an. Schliefslich beschreibt er noch einen Fall eigener Erfahrung, der beweist, wie insidiös die Blennorrhoe auch beim weiblichen Geschlechte verlaufen und nach jahrelanger, scheinbarer Latenz noch übertragbar und intensive Infektion verursachen kann. *Stern-München.*

Ursachen der blennorrhoischen Allgemeininfektionen, von F. Ballner. (*Journ. d. pratic.* 1900. No. 36.) Die blennorrhoische Allgemeininfektion wird durch direktes Eindringen der Gonokokken in den Blutkreislauf und durch Resorption ihrer Toxine hervorgerufen. Welche Erscheinungen auf das Eindringen der Mikrobien selbst und welche auf die Intoxikation zurückzuführen sind, läfst sich zur Zeit noch nicht mit Sicherheit bestimmen. Auch die Bedeutung, die den sekundären Infektionen bei der Entstehung der einzelnen Erscheinungen zukommt, ist noch nicht klargelegt. Die ausschlaggebende Rolle bei allen Manifestationen der blennorrhoischen Allgemeininfektion, auch bei denen, die wie die Nierenreizungen, die Dermatosen und die Affektionen des Nervensystems bisher als Folge der Intoxikation galten, scheint jedenfalls der Gonococcus selbst zu spielen. *Götz-München.*

Die Folgeerkrankungen der Blennorrhoe und deren Bedeutung für die Chirurgie, von König. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1900. No. 47.) Im Vorliegenden bespricht K. von den zahlreichen, durch Blutinfektion entstehenden Folgekrankheiten der Blennorrhoe als die praktisch wichtigsten die Infektion der Niere und die der Gelenke. Erstere, zumal die Pyelitis und Pyonephrose, sind nicht sehr häufig, kommen jedoch bei Mann und Weib vor, bei letzterem, vermutet K., sogar häufiger, indem eine gröfsere Anzahl von Pyonephrosen auf Gonokokken und Mischinfektionen beruhen. Beschreibung zweier akuter Fälle, in dem einen erfolgte die Infektion bei einer Wanderniere (37jährige Frau) und die Pyonephrose ist geheilt durch Fixation derselben. Die sehr seltenen Fälle schwerer hämatogener Infektion mit dem Bilde einer Gonokokkenpyämie (stürmischer Verlauf mit hohem Fieber und Schüttelfrösten) berührt K. ganz kurz, um sich eingehender mit seinem Hauptthema, den blennorrhoischen Gelenksaffektionen zu befassen, welche seiner Erfahrung nach in der Gröfsstadt sehr häufig vorkommt und darin ebenso wie in den Erscheinungen eine mit der Tuberkulose konkurrierende Krankheit ist. Sowohl nach den beschriebenen pathologisch-anatomischen Anschauungen wie nach dem klinischen Verlauf der Krankheit wären vier Formen zu unterscheiden: 1. Hydrops blennorrhoica, 2. Arthritis serofibrinosa et catarrhalis, 3. Arthritis purulenta, Empyem der Gelenke, (meist wohl auf Mischinfektion beruhend) und 4. die phlegmonöse, wesentlich para- und periartikulär verlaufende Form. Beim einfachen Erguls soll die grüne (maigrüne) Farbe desselben ein charakteristisches Symptom sein, wie bei der Tuberkulose die Bernsteinfarbe. Zeitlich sind zwei Gruppen zu unterscheiden, die Gelenkleiden, welche während des floriden Stadiums, selten jedoch vor der dritten Woche, auftreten und die späteren Formen; gerade letztere sind öfter multipel und zeigen einen hervorragend destruktiven Charakter mit Neigung zu Ankylosen und Kontrakturen. Die Prognose der Arthritis gonorrhoica ist je nach der Form der Erkrankung sehr verschieden; handelt es sich um einen Hydrops oder auch einen Erguls mit geringer Phlegmone, so pflegt in einigen Wochen bei zweckmäfsiger Behandlung die Heilung einzutreten, zuweilen heilen blennorrhoisch erkrankte Gelenke auch ohne besondere Behandlung aus. Bestimmte Gelenke, wie Hand und Fufs, neigen zu phlegmonösen Prozessen und haben daher auch zweifelhafte Prognose. Im allgemeinen heilt nach K.'s Ansicht etwa die Hälfte aller Fälle bei günstiger Behandlung glatt aus, bei den übrigen bleibt trotzt grofser Mühe und Schmerzen oft mangelhafte Beweglichkeit, Kontraktur, Ankylose, auch grofse Neigung zu Recidiven zurück. Therapeutisch empfiehlt K. aufser absoluter Gelenkruhe frische Jodtinktur, so lange aufzustreichen, bis die Haut dunkelbraun erscheint, zur Linderung des brennenden Schmerzes Eisblase; bleibt nach wiederholtem Jodanstrich das Gelenk schmerzhaft, so ist Gipsverband, direkt auf die Haut angelegt, auf 8—14 Tage angezeigt. Weicht

der Erguſs auch jetzt nicht, so ist Punktion geboten, welcher K. in der Regel eine Injektion von 8—10 g 5 %iger Karbolsäure zufügt. Bei Gelenken mit reichlichem, trotz wiederholter Punktion wiederkehrendem eitrigem Erguſs ist Eröffnung mit breitem Schnitt, eventuell sogar (in seltenen Fällen) Resektion angezeigt. In letzter Linie kommt noch die langwierige orthopädische Behandlung der kontrakten, ankylotischen Gelenke. Als besonders erwähnenswert hebt K. die Coxitis blennorrhoica hervor, welche eine wohl charakterisierte Krankheit darstellt, plötzlich unter auſserordentlich groſsen Schmerzen auftritt und in zweierlei Weise verlaufen kann: bei der einen Form treten Stellungsanomalien und Kontrakturen nicht ein, während bei der anderen dies mehr oder weniger der Fall ist und die Beweglichkeit des Gelenkes dauernd schädigt. Zu der Adduktionskontraktur in Flexion und Rotation des Fuſses nach innen tritt meist Luxation oder Subluxation des Gelenkkopfes und dazu begrenzte Destruktion der Pfanne und des Kopfes. Für die Behandlung auch dieser Coxitis ist die Extension ein vorzügliches Mittel. Von den 17 blennorrhoischen Erkrankungen der Hüfte aus K.'s Material, welche 9 Frauen und 8 Männer betrafen, wurden nur 6 als ganz geheilt entlassen, 11 hatten die freie Beweglichkeit des Gelenks noch nicht wieder erlangt (4 bleibende Verkürzungen). [Referent weist noch darauf hin, daſs ein so erfahrener Beobachter wie König in seinem Vortrage die inneren Mittel gegen die Arthritis blenn., welche, wie die Salicylpräparate, mancherseits so viel gepriesen werden, gar nicht erwähnt und daſs vielleicht ein mehr aktives, lokales Vorgehen bei diesem Leiden angezeigt wäre und zwar in höherem Grade als es im allgemeinen die Dermatologie lehrt.] *Stern-München.*

Ein Fall von Endocarditis gonococcica mit kongenitaler Anomalie der Mitralis, von Mc Caskey. (*Medic. Record.* 1900. No. 26.) Es handelt sich um einen 33jährigen Mann, der früher an Typhus und Blennorrhoe gelitten, bei dem Erscheinungen von akuter Endocarditis auftraten, mit Hemiplegie infolge von Embolie und bei dem einige Tage vor dem Exitus ein Purpuraexanthem mit Hämaturie ausbrach. Bei der Autopsie konstatierte man eine hochgradige Dilatation des linken Ventrikels und Vorhofs, Veränderungen an den Aortaklappen, auf welchen Gonokokken nachzuweisen waren; Insufficienz der Mitral- und Aortaklappen, welche endocarditische Vegetationen trugen. Diese entzündlichen Erscheinungen waren offenbar durch die Gonokokken und die Typhuspilze verursacht worden, welche letzteren mehrere Jahre lang im Organismus im latenten Zustande verbleiben können, um dann durch irgend eine Veranlassung ihre volle Virulenz zurückzuerhalten.

C. Müller-Genf.

Untersuchungen über einen Fall von ulceröser Endocarditis blennorrhoica und Züchtung des Gonococcus, von A. J. Lartigau-New York. (*Amer. Journ. med. sc.* Jan. 1901.) Patient war ein 20jähriger Schwarzer, der nach etwa dreimonatiger Krankheit unter schweren fieberhaften Erscheinungen, Abmagerung und Delirium starb. Die Sektion ergab ulceröse Endocarditis der Mitralklappe, Urethritis, akute Milzschwellung mit Infarkt, trübe Schwellung an Leber und Nieren, Lungenödem. An der Urethralschleimhaut, den endocardialen Auflagerungen und im Blut des Herzens wurden Gonokokken nachgewiesen und einige der angelegten Kulturen ergaben auch ein positives Resultat. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Fall von Endocarditis blennorrhoica, von Ludwig Stein. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1900. No. 47.) Der 12jährige Patient bekam eine Blennorrhoe; Behandlung mit Copaivabalsam, zwölf Tage später ein Exanthem. Da er gleichzeitig stark fieberte, kommt er auf 14 Tage in das Krankenhaus. Entlassen kehrte er nach einigen

Wochen zurück mit Ödem des Penis, periurethralem Abscefs, Fieber, Schüttelfrösten. Am Herzen bei der Aufnahme nichts zu finden. Trotz Eröffnung des Abscesses und Nachlass der lokalen Erscheinungen geht Patient in einer Woche unter anhaltendem Fieber und Prostration zu Grunde. Die Obduktion ergiebt: eitrige Bronchitis, Lungeninfarkt, blutiger Erguss in linker Pleura, multiple Hämorrhagien an Pleura und Pericard, an den Mitralklappen des parenchymatös degenerierten Herzens mächtige Auflagerungen, Nieren und Leber parenchymatös degeneriert, Infarkte in den Nieren, eitrige Prostatitis, Wulstung der Blasenschleimhaut. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein durch Gelingen der Reinkultur bewiesener Fall von Endocarditis blennorrhoica, von M. Wassermann-Berlin. (*Münch. med. Wochenschr.* 1901. No. 8.) Bei einem Manne mit chronischer Blennorrhoe waren plötzlich Harnbeschwerden, Schüttelfröste, Fieber, Benommenheit, Albuminurie und leichte Polyurie aufgetreten; nach wenigen Tagen erfolgte Exitus letalis. Bei der Sektion fand sich eine Endocarditis verrucosa aortica. Die der Aortenklappe aufsitzenden thrombotischen Massen enthalten Diplokokken, welche alle charakteristischen Merkmale der Gonokokken aufwiesen. Es gelang, dieselben in Reinkultur zu züchten: die kulturellen Eigenschaften der Kokken, sowie ihr Verhalten gegenüber dem tierischen Organismus, bewiesen in unanfechtbarer Weise, dafs es sich in der That um Gonokokken handelte. — Die bisher erschienene Litteratur über Endocarditis blennorrhoica wird in der Arbeit vollständig aufgeführt. *Götz-München.*

Die blennorrhoischen Allgemeininfektionen (Endocarditis, Arthritis, Tendovaginitis, Abscesse), von W. Scholtz. (*Ztschr. f. prakt. Ärzte.* 1899. Heft 17.) In diesem zusammenfassenden Berichte betont Verfasser den ernsten Charakter, den die Blennorrhoe oft durch das Auftreten von Allgemeinerkrankungen annehmen kann. Die wichtigste Rolle nehmen aufser den Erkrankungen des Endo- und Myocards die Gelenkerkrankungen ein. Ihre Pathologie wird kurz besprochen, ebenso ihre Therapie, die sich nach dem jeweiligen Stadium der Erkrankung richtet. Seltener sind die Erkrankungen der Sehnenscheiden und der Schleimbeutel, sowie die gonokokkenhaltigen Abscesse. Ganz ausnahmsweise ruft der Gonococcus Phlebitis, Periostitis, Pleuritis oder Peritonitis hervor. *F. Hahn-Bremen.*

Über blennorrhoische Arthritis berichtete K. Baur in der freien Vereinigung der Chirurgen Berlins. (*Dtsch. med. Wochenchr.* 1901. No. 8.) Als geeignetsten Nährboden erklärt er den Wessermannschen Nutroseserumnährboden; von 27 untersuchten Fällen ergeben 19 positiven Gonokokkenbefund. Diese hohe Zahl ist auf die verbesserten Züchtungsmethoden und auf die Auswahl ganz frischer Fälle zurückzuführen. Nach dem sechsten Erkrankungstage fanden sich keine Gonokokken mehr. Die Behandlung bestand in Fixierung der Gelenke und Verhinderung der Ankylosen durch rechtzeitiges Einsetzen der Massage. Innerlich wurde Jodkalium in grofsen Dosen oder Jodipin subcutan mit gutem Erfolge gegeben. *F. Hahn-Bremen.*

Ein Fall eines intrapräputial gelegenen blennorrhoischen Lymphtumors, von Hans Mysing. (Inaugural-Dissertat. Kiel 1900.) Der beschriebene Fall stammt aus der Abteilung des Herrn Dr. Fabry im städtischen Krankenhaus zu Dortmund. Der 4 cm lange und 3 cm breite Tumor safs am Präputium nahe der Umschlagsfalte und wurde unter Schleichscher Anästhesie entfernt. Mikroskopisch liefsen sich mit Leichtigkeit in den Plattenepithelien und in den Leukocyten typische Gonokokken feststellen. Der Tumor hatte sich an eine Blennorrhoe angeschlossen, welche indessen

längst verheilt war, doch müssen die Gonokokken bereits während des akuten Stadiums der Blennorrhoe in die Ausführungsgänge der Drüsen der Urethralschleimhaut eingedrungen und dann durch das Epithel hindurch tiefer in das Gewebe fortgeschritten sein.

Bernhard Schulze-Kiel.

Behandlung der blennorrhoischen Epididymitis mit Methylchlorid, von Roger. (*Journ. d. pratic.* 1900. No. 48.) Die zuerst von Du Castel empfohlene Verwendung des Methylchlorids bei der Behandlung der blennorrhoischen Epididymitis ergiebt sehr gute Resultate. Das Verfahren ist folgendes: ein ziemlich dickes, an einer Pincette befestigtes Wattestück wird einem Strahl von Methylchlorid ausgesetzt und dann 3 bis 4 Sekunden lang direkt an die Skrotalhaut der erkrankten Seite angelegt. Noch besser ist es, das Skrotum mit flüssigem Methylchlorid einzupinseln. Die Prozedur wird einmal täglich wiederholt. Statt des Methylchlorids kann man auch Äthylchlorid verwenden; dieses verursacht weniger Schmerzen, ist aber sehr feuergefährlich. Kontraindiziert ist die Behandlung mit Methyl- bezw. Äthylchlorid lediglich dann, wenn eine entzündliche Reizung der Skrotalhaut besteht.

Götz-München.

Über blennorrhoische Cystitis beim Weibe, von F. Bierhoff-New York. (*Med. News.* 12. Jan. 1901.) In Übereinstimmung mit anderen Untersuchern (Wertheim, Krogius, Rostoski, Finger u. s. w.) fand auch B., dafs die blennorrhoische Cystitis zu den Seltenheiten gehöre; unter 92 genau untersuchten Fällen von Cystitis fand er nur 5 Fälle, wo der Gonococcus konstatiert wurde und zwar handelte es sich dabei immer um die suppurative Form. Bei 4 der Fälle war eine Cystitis colli und bei dem fünften eine Cystitis universalis vorhanden. Die Symptome der Affektion sind die einer akuten oder subakuten eitrigen Blasenentzündung: vermehrter Harndrang, begleitet von mehr oder weniger heftigem Brennen und schneidendem Schmerz während des Urinierens, welchem Tenesmus in wechselndem Grade vorhergeht oder nachfolgt; zuweilen enthält der Urin geringe Mengen Blutes. Er ist gewöhnlich von saurer Reaktion und getrübt (durch Eiter- und Epithelzellen), der Gonococcus wird intra- und extracellulär im Sediment gefunden mit den typischen Zeichen; im Zweifelfalle entscheidet die Färbung nach Gram. Aufser der bakteriologischen diente in allen 5 Fällen die cystoskopische Untersuchung als diagnostisches Hülfsmittel; irgend welch' schädlicher Einfluſs wurde weder hier noch bei vielen Fällen von Urethritis durch das Einführen der Instrumente beobachtet. Vor allem hält jedoch B. die mikroskopische Untersuchung des Sediments für wichtig und glaubt, dafs bei Einhaltung dieses Prinzips die Gynäkolgen in Zukunft weit mehr Fälle wirklicher blennorrhoischer Cystitis finden werden als bisher. Was die Behandlung betrifft, so hält B. in erster Linie Protargol und Largin für so vorzügliche lokale Mittel, dafs die exspektative oder rein innere Therapie nicht mehr zu entschuldigen ist. Das Protargol wird von Anfang an in $^1/_2$ bis 2 %iger Lösung in Form von Harnröhren-Blasen-Irrigationen und aufserdem entsprechende Diät und heifse Sitzbäder angewandt. Man darf jedoch einen Fall nicht eher als geheilt entlassen, bis der Ausfluſs völlig verschwunden ist und auch nach den verschiedenen Proben (Menstruation) bleibt und die cystoskopische Untersuchung eine Blasenschleimhaut, die frei von allen Entzündungserscheinungen ist, aufweist.

Stern-München.

Zwei Fälle von Rectalblennorrhoe als Folge von Entleerung blennorrhoischer Eiteransammlungen ins Rectum, von W. Kabo. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1901. No. 4.) Dem von Jadassohn schon in der Festschrift für Neumann (*Beiträge zur Dermatologie und Syphilis*, Leipzig und Wien 1900) geschilderten Fall fügt Verfasser einen zweiten hinzu. Die beiden Fälle beweisen, dafs eine gonorrhoische ab-

secdierende Prostata- oder Samenblasenentzündung nach spontanem Durchbruch oder nach Incision vom Rectum aus zur Rectalblennorrhoe führen kann.

Bernhard Schulze-Kiel.

Ein Fall von blennorrhoischen Gelenk- und Hautmetastasen im Anschluß an Blennorrhoea neonatorum, von Jens Paulsen-Ellerbeck. (*Münch. med. Wochenschr.* 1900. No. 35.) Bei einem neuntägigen Kinde mit Ophthalmoblennorrhoe beobachtete der Verfasser einen serösen Erguß ins linke Kniegelenk, der punktiert wurde. Daran schloss sich eine leichte Schwellung des rechten Kniegelenks und des Metacarpophalangealgelenks des rechten Zeigefingers an; letztere beide Gelenkschwellungen gingen spontan wieder zurück. In den nächsten Tagen trat dann eine ödematöse Schwellung des linken Ober- und Unterschenkels und zwei Tage später zuerst an beiden Beinen, dann an Gesicht und an den Füssen ein aus Papeln und Bläschen bestehendes Exanthem auf. Es waren stecknadelkopfgrosse hellrote Papeln, die bald auf ihrer Höhe ein kleines Bläschen mit serösem Inhalt zeigten und nach Eintrocknung bald abblafsten, sowie kleine, von einem blafsroten Hof umgebene Bläschen, die teilweise bis zur Bohnengröße wuchsen und eine anfangs klare, später milchig trübe Flüssigkeit enthielten. Gleichzeitig mit dem Auftreten des Exanthems schwoll das linke Kniegelenk wieder stärker an, es entstand in demselben eine eitrige Entzündung, die die Eröffnung des Gelenks notwendig machte. Die Wunde heilte per primam, die Bewegungsfähigkeit war schon nach drei Wochen eine recht gute. Nach der Operation traten keine neuen Hauteffloreszenzen mehr auf. Das Allgemeinbefinden war niemals erheblich gestört, Fieber war nur in den letzten vier Tagen vor der Operation vorhanden. — In der serösen Flüssigkeit und in dem Eiter, die beide aus dem linken Kniegelenk stammten, sowie in dem Inhalt der Bläschen fanden sich Gonokokken in Reinkultur vor; andere Mikrobien wurden trotz sorgfältigster Untersuchung nicht gefunden. Im Exanthem des Gesichts konnten keine Kokken nachgewiesen werden. Das Exanthem kam nach Ansicht des Verfassers in der Weise zu stande, dass die Gonokokken vom linken Kniegelenk aus zunächst in das intermuskuläre und subcutane Bindegewebe einwanderten, hier die ödematöse Schwellung bewirkten, dann an die Oberfläche gelangten und dort das Exanthem erzeugten.

Götz-München.

Osteomyelitis blennorrhoica, von E. Ullmann. (*Wien. med. Presse* 1900. No. 49.) Unter den Metastasen der Blennorrhoe sind wohl auch Knochenprozesse veröffentlicht worden, bei denen wohl Knochenauftreibungen, welche auf die Blennorrhoe zurückgeführt wurden, konstatiert werden konnten, doch kam es nie zur Abscedierung. Diese Schwellung nimmt in kurzer Zeit ab, verschwindet ganz oder es kommt hie und da zur ossifizierenden Periostitis. Verfasser berichtet nun über einen Fall, den ersten in der Litteratur, bei dem infolge einer Blennorrhoe sich eine Osteomyelitis entwickelte und zwar bei einem 27jährigen Manne im linken Humerus. Derselbe wurde an mehreren Stellen angebohrt und der Eiter steril aufgefangen, worauf bald Heilung mit Beweglichkeitsbehinderung im Ellbogengelenke eintrat. Die bakteriologische Untersuchung des Eiters ergab, dass darin ausschliefslich Gonokokken waren, Züchtungsversuche ergaben die Abwesenheit von irgend welchen anderen Bakterien. Verfasser ist nun überzeugt, dass in den Fällen von Osteomyelitis, die nicht bei Kindern, sondern im Jünglingsalter, namentlich im Alter zwischen 18 und 30 Jahren, plötzlich auftreten, die genaue Erforschung der Anamnese öfters den Verdacht erwecken wird, dass es sich um eine Osteomyelitis blennorrhoica handelt und dass durch die bakteriologischen Züchtungsversuche auf geeigneten Nährböden der Nachweis, dass die Krankheit durch Gonokokken bedingt sei, auch gelingen wird.

Interessant ist auch in diesem Falle die Milzschwellung, welche auf die Wirkung der Gonokokken zu setzen sein dürfte. *A. Alpár-Alexandria.*

Kataplasmen bei blennorrhoischer Arthritis und Tendovaginitis, sowie anderen Komplikationen der Blennorrhoe, von ALBERT FREUDENBERG. (*Therap. d. Gegenw.* 1900. No. 8.) Nach einem besonders eklatanten Erfolge der Behandlung einer Arthritis genus blennorrhoica mit heifsen Kataplasmen wendet Verfasser diese Therapie seit acht Jahren mit sehr günstigen Resultaten in allen Fällen von blennorrhoischer Arthritis und blennorrhoischer Tendovaginitis an. Er legt Wert darauf, die Kataplasmen möglichst energisch, d. h. möglichst heifs, möglichst beständig (eventuell Tag und Nacht) und so umfangreich machen zu lassen, dass sie das ganze Gelenk allseitig einhüllen und zentral und peripher noch etwa handbreit über das Gelenk hinausreichen. Nicht nur subakute und chronische Fälle, sondern auch akute Fälle wurden von vornherein so behandelt. In allen Stadien trat die günstige Wirkung dieser einfachen Behandlungsweise im gleichem Maafse hervor.

Ein besonderer Vorzug der Kataplasmenbehandlung ist, dafs die Patienten sehr schnell wieder zum Gebrauch resp. zur Bewegung ihrer Gelenke gebracht werden. Kälte-Applikationen bei blennhorroischer Arthritis haben wenig Wert. Direkt schädlich sind immobilisierende Verbände, weil mit gröfster Wahrscheinlichkeit die Bildung von Ankylosen eintritt.

Auch bei Prostatitis blennorrhoica acuta läfst Verfasser neben Ichthyolsuppositorien heifse Kataplasmen an den Damm machen, hingegen wendet er bei der mit starker Schwellung und Schmerzhaftigkeit verbundenen blennorrhoischen Epididymitis im Anfange gern die Eisblase mit Hochlagerung der Hoden und Bleiwasserumschlägen an, geht aber bald zum Priessnitz und dann eventuell zu Kataplasmen über, da zu lange dauernde Kältewirkung besonders starke und umfangreiche Härten im Nebenhoden zurücklässt. *J. Bloch-Berlin.*

Die Coxitis blennorrhoica, von KÖNIG. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1901. No. 8.) Die Krankheit tritt meist im akuten Stadium des Trippers auf, Gravidität in ihrem Endstadium sowie das Puerperium begünstigen sie. Sie tritt in verschiedener Weise auf, meist jedoch heftig, entweder milde beginnend und sich langsam steigernd, oder sofort mit schweren Bewegungsstörungen, heftigem Schmerz und deutlicher Geschwulst. Das Charakteristische ist die grofse Schmerzhaftigkeit, dazu gesellt sich mäfsiges Fieber und oft schon früh Adduktionsstellung und reelle Verkürzung mit Trochanterhochstand ohne nachweisbare Eiterung, die nicht selten zu einer dauernden erheblichen Verkürzung mit Beeinträchtigung der Beweglicheit führen. Die funktionelle Prognose ist also nicht gut. Therapeutisch empfiehlt sich vor allem die Gewichtsextension, sie lindert die Schmerzen, zieht die Gelenkenden auseinander und bewirkt eine Druckentlastung der Oberfläche der Gelenkenden. Gegen den Gelenkergufs wird Pinselung mit Jodtinktur, und, falls man Fluktuation nachweist, Punktion in Verbindung mit Injektion von Karbolsäure empfohlen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Zur Behandlung der Vulvovaginitis der kleinen Mädchen, von F. SIEBERT-München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1900. No. 43.) Der Verfasser verwendet zur Behandlung der blennorrhoischen Vulvovaginitis der kleinen Mädchen 0,5 bis 1%ige Protargollösung. Dieselbe wird mit Hülfe einer gewöhnlichen, konisch endigenden Trippersprütze ganz langsam in die Vagina eingeflöfst; darauf wird die Vulva circa zehn Minuten lang zugehalten und die ganze Prozedur noch zweimal wiederholt. Das ganze Verfahren wird dreimal täglich ausgeführt. Bei etwaigem Ausflufs aus der

Harnröhre wird diese ebenfalls mit ½% iger Protargollösung durchgespült. Aufserdem wird täglich ein Sitzbad in Lysollösung oder Eichenrindendekokt verordnet. Bei dieser Behandlung hört die starke Sekretion in den meisten Fällen nach längstens acht Tagen auf, jedoch finden sich zu dieser Zeit im abgesonderten Schleim noch hier und da Gonokokken. Nunmehr wird nur mehr einmal täglich eine halbe Stunde lang Protargol, aufserdem aber zweimal täglich je zehn Minuten lang 1%ige Zinksulfokarbollösung appliciert, nach dem völligen Verschwinden der Gonokokken wird das Protargol ganz weggelassen. — Der Verfasser erzielte mit dieser Methode im allgemeinen nach vier Wochen Heilung; Komplikationen wurden keine beobachtet.

Göts-München.

Über die Beteiligung der Uterusschleimhaut bei der Vulgovaginitis blennorrhoica der Kinder, von GASSMANN. (*Corresp. f. schw. Ärzte.* No. 18. 1900.) Bekanntlich wird als Sitz der blennorhoischen Infektion des Genitalapparates bei den Erwachsenen die Urethra, der Cervicalkanal, die Bartholinischen Drüsen, das Endometrium und die Uterusadnexa angegeben, während bei Kindern hauptsächlich Urethra und Vagina an dem specifischen Prozesse beteiligt sind. Verfasser hat in vier an Vulgovaginitis blennorrhoica leidenden und im Alter von 1½—13 Jahren stehenden Mädchen die Uterusschleimhaut in der Weise untersucht, dafs er unter vollständiger Schonung des Hymens ein Spekulum von 1 cm Durchmesser im Maximum in die Vagina und mit Hülfe von Stirnspiegel und reflektiertem Lichte eine Platinoese in den Cervikalkanal einführte und auf diese Weise demselben Sekret entnahm. Es zeigte sich, dafs auf Grund der mikroskopischen Untersuchung eine Erkrankung der Uterusschleimhaut ausgeschlossen werden konnte: das Sekret enthielt nur bei dem einen der drei Kinder, aufser Schleim und Epithelien, noch einige Eiterkörperchen, jedoch ohne Gonokokken. Da das Vorhandensein von Eiter im Sekret als ein verdächtiges Symptom anzusehen ist, hebt Verfasser die Notwendigkeit hervor, derartige Kranke möglichst oft auf die morphologischen Bestandteile des Sekretes zu untersuchen.

C. Müller-Genf.

Vulvovaginitis der kleinen Mädchen, von HERMANN B. SHEFFIELD-New York. (Quelle nicht angegeben.) Die Krankheit vermag zu entstehen durch kriminell sträfliche Attentate, durch Unreinlichkeit infolge Hyperacidität des Urins und Schmutz (katarrhalische Vulvovaginitis), sowie durch Parasiten, wie Würmer und Bakterien. Gegen die Würmer gehe man zuerst mit Kalomel und Santonin vor, beziehentlich lokal mit Einspritzungen von starken Quassiaholzdekokten. Darauf Abspülung des Eiters mit 5%iger Sodalösung und Bähungen des Krankheitsfeldes in Protargollösung, fünf Minuten lang, 3—5 mal täglich. Die Stärke der letzten Lösung ist für gewöhnlich 1%ig, bei Blennorrhoe 2%ig. Bei Beteiligung der Harnröhre empfiehlt Verfasser Stäbchenbehandlung.

℞ *Protargol.*
Jodoform. 1,00
Bals. Peruv. gtts. V
Extr. Belladonn. 0,05
Ol. Cacao 0,5.
M. f. bacill. long. 5 cm, crassit. 3 mm.
S. täglich 1—2 Stäbchen in die Harnröhre einzuführen.

Die Gonokokken schwinden meist nach zwei Tagen. Die Heilung erfolgt bedeutend schneller als bei anderen Behandlungsmethoden. Reizungen der Mukosa selbst durch 5%ige Protargollösungen erfolgten nicht. Allmählich sinkt man mit der Kon-

zentration. Wichtig ist die Verhütung eines Übergreifens des Trippers auf Augen und Uterus, Tragen einer T-Binde und Verbot von Douchen und Spülungen durch die Kranken. *Hopf-Dresden.*

Über blennorrhoische Nervenerkrankungen, von A. Eulenburg. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1900. No. 43.) Im Verlaufe und im Anschlusse an Blennorrhoen beobachtet man öfters Erkrankungen des Nervensystems, und zwar zunächst allgemeine funktionelle Neurosen, Neurasthenie, Hysterie etc. In jüngster Zeit werden aber auch die lokalisierten Formen blennorrhoischer Nervenerkrankung mehr gewürdigt. Verfasser möchte folgende Haupttypen unterscheiden: die neuralgischen Affektionen, vor allem die blennorrhoische Ischias, die Muskelatrophie (resp. Dystrophie) und die atrophische Lähmung, endlich die blennorrhoische Neuritis im engeren Sinne und die Myelitis. Bei der Ischias ist zu erwähnen, dafs sie meist nicht ausschliefslich im Ischiadicusgebiete lokalisiert ist, sondern benachbarte Bahnen des lumbalen Plexus mit ergreife. Eine besondere Form ist die Achillodynie. Die zweite Form, die Muskelatrophie, beginnt meist periartikulär. Bei der Myelitis überwiegt meist die Degeneration der hinteren Wurzeln und der Hinterstränge, so dafs man von einer blennorrhoischen Tabes sprechen kann. Die Diagnose mufs sich unter Würdigung der im einzelnen Falle vorliegenden Verhältnisse auf das gleichzeitige Vorhandensein einer gonokokkenhaltigen Urethralsekretion stützen, oder es müssen doch wenigstens Reste einer blennorrhoischen Urethritis, Strikturen, Prostatitis, Cystitis vorhanden sein, oder anderweitige blennorrhoische Lokalisationen und Metastasen, Epididymitis, Endometritis, Endocarditis oder sonstige Rheumatoiderkrankungen an Gelenken, Sehnenscheiden etc. Gewisse symptomatische Eigentümlichkeiten haben auch die betreffenden Nervenaffektionen selbst. Die Prognose, anderweitigen ätiologischen Momenten gegenüber, ist relativ nicht ungünstig zu nennen. Therapeutisch empfiehlt Verfasser, das Jodipin zu versuchen. *F. Hahn-Bremen.*

Ein Fall von blennorrhoischer Myelitis, von M. Labbé. (*Journ. d. pratic.* 1901. No. 4.) Bei einem Manne mit chronischer Blennorrhoe trat gleichzeitig mit den Erscheinungen eines blennorrhoischen Gelenkrheumatismus eine leichte spastische Paraplegie auf: der Gang wurde unsicher, die Muskeln der unteren Extremitäten atrophierten, auch die Muskeln der Arme wurden schlaffer und schwächer. Die Reflexerregbarkeit war gesteigert, dagegen war die Sensibilität intakt. Es handelte sich um eine blennorrhoische Myelitis. *Götz-München.*

Über gonorrhoische Augenerkrankungen, von Greeff. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1901. No. 6.) Gr. möchte die Bezeichnung „Gonorrhoe des Auges" als nur Eiterabsonderung bedeutend verschwinden sehen und allein mit „Conjunctivitis gonorrhoica" diejenigen Fälle benennen, bei denen sich der Neisserschе Gonococcus nachweisen läfst. Dabei unterscheidet Gr.: 1. die Kontaktgonorrhoe, die häufigste Form, 2. die metastatische Gonorrhoe und 3. diejenigen Formen, wo durch eine Infektion des Auges sich Metastasen im Körper, besonders in den Gelenken, entwickelt haben. Bei der ersten Art setzen die Erscheinungen sehr stürmisch ein mit Thränen, steigern sich von Stunde zu Stunde, so dafs, wenn am Morgen die Thränen noch klar sind, sie am Mittag trübe sind und am Abend schon das Bild der Gonorrhoe, der Eiterstrom aus den Augen, vorhanden ist; das fortwährende Aussickern des Eiters aus der Konjunktiva ist das Hauptcharakteristikum. Das Bild der Conjunct. gonorrh. metastatica ist hingegen ein ganz anderes, es ist nicht die starke Eiterung, sondern blofs eine Conjunctivitis mit etwas Ödem in der Umgebung und häufig gleichzeitig Iritis vorhanden; es handelt sich hier wahrscheinlich um Mischinfektion, da meistens

sich keine Gonokokken nachweisen lassen; ebenso wie bei den gonorrhoischen Gelenkaffektionen wiegen die plastischen Verklebungen (Iritis) hier vor. Allein in der Charité beobachtete Gr. 15 Fälle von solchen sicheren gonorrhoischen Metastasen mit Iritis. Er hebt sodann als sehr wichtig hervor, dafs es eine chronische Conjunctivitis gonorrh. nicht giebt, das Deletäre (bei der Kontaktgonorrhoe) ist nur der Übergang des Prozesses auf die Cornea. Die dritte Form, bei welcher Metastasen im Körper von gonorrhoischer Erkrankung des Auges ausgehen, ist sehr selten (ein Fall in der Charité beobachtet) und betrifft fast nur Neugeborene oder Kinder in den ersten Jahren. Was die so wichtige Prophylaxe betrifft — ein Drittel aller Fälle von Blindheit sollen durch die Gonorrhoea neonatorum versucht sein und deren Zahl soll in Europa ca. 30 000 betragen — so genügt sicher nach Gs. Ansicht eine $^1/_4$%ige Argentum nitricum-Lösung, die alte Credésche Lösung (2%) ist also zu verlassen, da verschiedene Nachteile mit dieser relativ starken Konzentration sich herausgestellt haben. Für noch wichtiger als diese Prophylaxe hält Gr. die allgemeine Anzeigepflicht der Hebammen und allgemeine Belehrung — dafs jeder Fall von Conjunctivitis gonorrhoica, wenigstens bei den Neugeborenen, heilbar ist. Als Behandlung der gonorrhoischen Conjunctivitis empfiehlt Gr., das Auge möglichst häufig mit dünnen Lösungen auszuspülen, in den ersten Tagen jede Stunde oder mindestens jede zweite Stunde; die dazu nötige Geschicklichkeit könne sich leicht jede Mutter oder Hebamme aneignen. Auch beim Erwachsenen müssen wir uns möglichst anstrengen, jede Eiterstagnation zu verhüten, doch ist hier die Behandlung nicht so aussichtsvoll wie beim Neugeborenen; immerhin sind nach Gr. die Hälfte bis zwei Drittel der Fälle durchzubringen. *Stern-München.*

Über die Behandlung des Augentrippers der Neugeborenen, von Henri Copper-Brüssel. (*Journ. méd. de Bruxelles.* 1900. No. 35.) Verfasser empfiehlt zur Nachbehandlung der an Tripper erkrankten Augen der Neugeborenen und zwar für das Stadium, wo Eiterung und Schwellung nachlassen, statt der Kompressen Einführung von Jodoform- und Aristolsalben in den Bindehautsack.

℞ *Jodoform.*	0,25	*Aristol.*	0,25
Vaselin.		*Ac. boric. subtilis.*	
Lanolin.	ad 2,50.	*pulver.*	0,20
		Vaselin.	
		Lanolin.	ad 2,5.

Besonders die Aristolsalbe ist wegen Ungiftigkeit, Reiz- und Geruchlosigkeit sehr zu empfehlen. Nebenbei empfiehlt Copper als Prophylaktikum statt der 2%igen Höllensteinlösung eine 20%ige Protargollösung. *Hopf-Dresden.*

Einige Erfahrungen und Betrachtungen über die Blennorrhoebehandlung, von Leopold Caspar-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1900. No. 22.) Verfassers erste Aufgabe in der Trippertherapie ist die Verhütung von Komplikationen, weswegen auch alle Abortivbehandlungsmethoden gefährlich sind. Auch sind Instrumente so lange nicht in die Urethra einzuführen, als noch eitrige Sekretion besteht. Befindet sich die Urethra im Zustand heftiger Entzündungen, so sind 6—8mal pro die vorzunehmende Einspritzungen von Thallin. sulf. in 1%iger Lösung neben Diät, Ruhe, Balsamicis und Diureticis zu empfehlen; auch Kalium permang. 1 : 1000—8000 ist oft von Nutzen. In jenen Fällen aber, wo die Eiterung oder der Katarrh ohne Entzündungserscheinungen verläuft, ist das Feld für Argentum nitricum und Protargol gegeben, doch mufs stets ein Adstringens nebenbei gegeben werden.

Hopf-Dresden.

Über die moderne Therapie der Blennorrhoe des Mannes, von W. Scholtz-Breslau. (*Dtsch. Prax.* 1901. No. 2.) Verfasser giebt eine eingehende Darstellung des Verfahrens, wie es an der Breslauer Klinik üblich ist und sich mit der heute überhaupt im spezialistischen Sinne üblichen deckt. Er bespricht die verschiedenen Formen der Erkrankung und die entsprechenden Behandlungsmethoden; insbesondere rühmt er die prolongierten Injektionen mit Protargol; für die Erkrankungen der hinteren Harnröhre wird das Argent. nitr. bevorzugt. *A. Strauſs-Barmen.*

Zur Diagnose und Prognose der Blennorrhoe des Mannes, von Köppen-Norden. (*Münch. med. Wochenschr.* 1901. No. 5.) Hinweis auf die Wichtigkeit eingehender bakteriologischer Untersuchung des Harnröhrensekretes. *Götz-München.*

Die Prophylaxe des Trippers, von M. v. Zeissl. (*Wien. med. Wochenschr.* 1901. No. 8.) Das einzig sichere Präservativ gegen Blennorrhoe ist das Kondom, dessen Benutzung aber oft perhorresciert wird. Äuſsere Waschungen, Urinieren sofort nach dem Coitus sind ganz unsichere Maſsnahmen. Wertvoll sind die Injektionen einiger Tropfen 2%iger Lapislösung (Haussmann, Blokusewski) oder, was noch milder ist, eines 20%igen Protargolglycerin (Frank). Letzteres wird in Gestalt des „Phallakos" genannten Apparates zur Anwendung empfohlen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Behandlung der chronischen Blennorrhoe, von Alfred Arnheim-Berlin. (*Dtsch. Ärztestg.* 1901. No. 6.) In zahlreichen Fällen von alter chronischer Blennorrhoe bestehen nach langwieriger und mannigfaltiger lokaler Behandlung neben geringfügigen blennorrhoischen Erscheinungen, spärlichem Ausfluſs und Auftreten von Fäden im Urin, schwere neurasthenische Symptome. In solchen Fällen, für welche der Verfasser die Bezeichnung Neurasthenia blennorrhoica vorschlägt, ist jeder lokale Eingriff kontraindiziert und nur eine allgemeine, psychische, diätetische und hydrotherapeutische Behandlung am Platze. Durch diese wird nach den Erfahrungen des Verfassers oft in überraschend kurzer Zeit vollständige Heilung auch der örtlichen Erscheinungen erzielt. *Götz-München.*

Ein Beitrag zur Behandlung der Blennorrhoe, von H. Strebel. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1900. No. 70 u. 71.) Ausgehend von der Neisserschen Forderung der verlängerten Injektion und der Vermehrung der Injektionsmenge spricht Verfasser für die Anwendung der Dränage der Urethra mittelst eines von ihm erfundenen Apparates, der den Vorteil hat, das ständige oder wenigstens fast ständige Verweilen der baktericiden oder adstringierenden Flüssigkeit in der Harnröhre zu ermöglichen, die Schleimhäute zu glätten und durch die Ausdehnung der Harnröhre das Ausbilden einer Striktur zu verhindern. Durch diesen Apparat erzielte St. eine wesentliche Abkürzung der Behandlung, besonders wenn die Methode frühzeitig zur Anwendung gelangt. Als Injektionsmittel versuchte er Protargol, Chinin, Pyoktanin, Ichthyol, alles ausschlieſslich in Glycerin gelöst, wie überhaupt St. sehr für das Glycerin plädiert. Alle diese Lösungen sollen dreimal täglich injiziert werden, die letzte Injektionsmasse bleibt stundenlang drinnen am zweckmäſsigsten des Nachts. Beigegebene Bilder erläutern den Apparat. Als ferneres Instrument empfiehlt St. seine Urethrophortube mit verschiedenen Mischungen z. B. Protargol 1,0, Glycerin 50,0, Bolus alba 25,0. Auch hiermit will Verfasser besonders in chronischen Fällen gute Resultate erzielt haben. Prophylaktisch empfiehlt sich eine solche Impression mittelst der Tube vor dem Coitus einerseits zur Vermeidung von Infektionen, andererseits zur Erreichung einer fakultativen Sterilität. Zu beziehen sind die Apparate durch Steinmetz & Co., Köln a. Rh., Eifelstr. 33. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Die Behandlung der Urethroblennorrhoe mit Sandelöl, von MEYERHARDT. (*Therap. Monatsh.* 1900. No. 8.) Die Abhandlung teilt die guten Resultate der Santaltherapie in der SAALFELDschen Poliklinik mit. Was die theoretische Erklärung der Wirkung des Oleum Santali betrifft, so wiederholt der Verfasser die betreffenden Ausführungen des Referenten in diesen Monatsheften. (Vergl. „Über die Wirkung des ostindischen Sandelholzöles beim Tripper nebst einigen allgemeinen Bemerkungen", *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 26, No. 6, S. 284 ff.) *I. Bloch-Berlin.*

Über Druckspülungen zur Behandlung der akuten und chronischen Blennorrhoe, von R. KUTNER-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1900. No. 51.) Verfasser beschreibt eingehend seine schon 1898 in seinem Buche: „Die instrumentelle Behandlung der Harnleiden" (August Hirschwald-Berlin) veröffentlichte Druckspülungsmethode nebst den dazu gehörigen Apparaten. Er schildert die Vorzüge gegenüber der JANETschen, LAVAUXschen und JADASSOHNschen Methode und beschreibt eingehend seine Anwendungsweise bei akuter, subchronischer und chronischer Blennorrhoe, wobei er schädliche Nebenwirkungen ausschliefsen zu dürfen meint. Die Technik ist so einfach, dafs sie von jedem praktischen Arzt angewendet werden kann. Gegen die Dehnmethoden (OBERLÄNDER, KOLLMANN u. s. w.) ist Verfasser eingenommen und wendet sie nie mehr an, er hält sie eher für schädlich. (Darüber dürfte sich doch entschieden streiten lassen. D. Ref.) *Bernhard Schulze-Kiel.*

BOSTON MED. LIBRARY MAY 13 1902

Die rationelle Behandlung der chronischen Blennorrhoe durch Massage, von F. G. MÖHLAU. (*Therap. Monatsh.* 1900. No. 8.) In 120 Fällen von chronischer Blennorrhoe hat Verfasser sich des folgenden Verfahrens mit günstigem Erfolge bedient: Er versucht die Urethra zwischen Daumen und zwei Fingern so weit als möglich nach der Prostata hin zu fassen, zieht dann die Finger mit so viel Druck als der Patient vertragen kann, nach dem Orificium zu und wiederholt diese Prozedur zwei- bis viermal. Es wird dadurch ein nicht unbedeutendes Quantum Sekret aus der Harnröhre geschafft. Hierauf werden Blase und Urethra mit 1—2 Litern gekochten, lauwarmen Wassers irrigiert. Dann führt Verfasser eine Stahlsonde von mittlerer Stärke ein und vollführt dieselbe Manipulation wie vor der Irrigation. Nach der Entfernung der Sonde wird eine nochmalige Irrigation mit sterilisiertem Wasser vorgenommen.

So wurde zwar häufig zuerst der Entzündungsgrad während der ersten zwei bis drei Tage erhöht, dann aber ging die Heilung sehr schnell von statten. Nach drei Wochen konnten mikroskopisch keine Entzündungsprodukte mehr nachgewiesen werden, aufser in zwei Fällen, wo vor Beginn der Behandlung hochgradige Strikturen und Cystitis existierten. Massage der Prostata wurde bei jedem Falle mitangewendet.

I. Bloch-Berlin.

Tripperheilung mit ROTHschen Leuchtbougies in ca. zwölf Stunden, von E. BELOW. (*Arch. f. Lichttherapie.* 1900. No. 2.) Die Erfahrungen ROTHS und des Verfassers über die bakterieide Wirkung des Phosphorescenzlichtes gegenüber Gonokokken will BELOW der Trippertherapie nutzbar machen. Beigefügt ist der Mitteilung ein Gutachten AUFRECHTS über diese Wirkung auf verschiedene Bakterienarten. Benutzt wurden zwei PETRIsche Schalen, deren Böden mit BALMAINscher Leuchtfarbe bedeckt waren. Letztere strahlt nach Beleuchtung mit natürlichem Lichte im Dunklen blaues Licht aus. Das Ergebnis dieser Untersuchungen war, dafs diese Belichtung Eiterkokken und Choleravibrionen in sieben, Typhusbacillen, Gonokokken und Fäulnisbakterien nach acht Stunden abtötet. Die lichtausstrahlende Masse besteht aus Schwefelverbindungen gewisser Erden. Eine etwa als Ursache der bakterientötenden

Wirkung anzusprechende Entwickelung von Schwefelwasserstoff findet zwar statt, ist aber, wie durch Kontrollversuche erwiesen wurde, zu gering, um jene Einwirkung auf die Bakterien auszuüben. Letztere kommt somit nach Below nur dem Phosphorescenslicht zu. Verfasser führt den Fall eines jungen Mannes an, der am sechsten Tage seiner Blennorrhoe in Behandlung kommend, nach sechs Tagen der Leuchtbougietherapie geheilt wurde. Um beweisend zu sein, fehlt dem Falle die Anwendung des Kulturverfahrens in Betreff der Natur der ursprünglichen Sekretion. Aufserdem müfsten eine Reihe gleichgünstiger Resultate diesem zur Seite stehen, ehe man sich zu Versuchen mit phosphorescierenden Bougies wird entschliefsen können.

Hopf-Dresden.

Über die Wirkung des Ichthargans bei Blennorrhoe und anderen Urogenitalleiden, von H. Lohnstein-Berlin. (*Allg. med. Centralztg.* 1900. No. 80 u. 81.) Verfasser hat das Ichthargan in einem Zeitraum von fünf Monaten bei 187 Fällen von Blennorrhoe, in verschiedensten Stadien angewandt. Die akute Blennorrhoe Erstinfizierter wurde mit Injektionen der vorderen Harnröhre (1 : 5000 im Anfang, allmähliche Steigerung bis höchstens 1 : 2000) behandelt, bei Nachlafs der Sekretion wurden diese durch tägliche Janet-Irrigationen (1 : 1800—1000) ersetzt, oder falls dieselben nicht vertragen wurden, durch Injektionen einer 1‰igen Lösung mittelst einer 30—50 ccm fassenden Spritze in 24stündigen Intervallen, später seltener bis zur völligen Heilung. Auf diese Weise wurden von 31 Patienten 29 geheilt, 10 in 2 bis 3 Wochen, 19 in 3—6 Wochen. Die Gonokokken verschwanden aus dem Sekret langsamer, als es z. B. beim Argentum nitricum der Fall zu sein pflegt; waren sie aber erst einmal verschwunden, so kehrten sie auch nicht wieder. Bei subakuten Blennorrhoen verordnete Verfasser dreistündliche Injektionen mit 0,05—0,01 : 100 Ichthargan, Infiltrate und Adnexerkrankungen werden nach Mafsgabe der resultierenden Indikationen behandelt. In diesem Stadium fand Verfasser die sekretions- und entzündungshemmende Wirkung des Mittels besonders ausgesprochen; 50 von 81 Beobachtungen wurden innerhalb vier Wochen geheilt. Chronische Urethritiden wurden wie üblich behandelt, als Medikament wurde stets Ichthargan benutzt; bei Infiltraten wendete Verfasser seinen Spüldehner an, bei circumscripten Erosionen der Schleimhaut 5%ige Pinselungen mit dem Ultzmannschen Pinsel, bei gleichzeitiger Prostataerkrankung Massage und Janet-Irrigationen (1 : 4000) oder Guyon-Instillationen (3—5%). Auch hier waren die Erfolge gute, die Reizerscheinungen meist nur sehr geringfügiger Natur. In einigen wenigen Fällen von Blennorrhoe und Urethritis versagte das Mittel und mufste durch andere ersetzt werden. Günstige Wirkung sah Verfasser auch in drei Fällen sexueller Neurasthenie ohne voraufgegangene Blennorrhoe. Nach den Erfahrungen des Verfassers ist auch das Ichthargan nicht das Allheilmittel der Blennorrhoe, doch können sich die Resultate mit den durch die erprobtesten Medikamente erzielten Resultaten messen. Es übt eine gleichmäfsig gute Wirkung in allen Stadien der Blennorrhoe aus, mag man es in Form von Injektionen, Spülungen oder Irrigationen anwenden. Selbst in den Fällen akutester Entzündung wurden die Spülungen nicht nur lindernd empfunden, sondern führten auch erhebliche Abnahme der Sekretion herbei. Der terminale Katarrh braucht nicht wie beim Argentum nitricum durch besondere Adstringentien bekämpft zu werden, auch dieser wird vielmehr durch die in gröfseren Intervallen fortgesetzten Ichtharganinjektionen beseitigt.

A. Loewald-Cassel.

Über die therapeutische Verwendung des Ichthargan, von M. Ebbason-Tarmór. (*Therap. Monatsh.* Januar 1901.) Nach des Verfassers Erfahrungen ist das Ichthargan berufen, in der Tripperbehandlung eine bedeutende Rolle zu spielen. Seinen Erfahrungen liegen allerdings nur ein Urachomfall und 12 Fälle von Blen-

norrhoe zu Grunde. In 10 Fällen akuter Blennorrhoe trat nach Injektionen von 0,04—0,2 % Heilung in zwei bis drei Wochen ein, in 2 Fällen subakuter Blennorrhoe nach kurzer Zeit Besserung resp. Heilung. Aufserdem wurde ein Ulcus cruris mit Ichthargan in Substanz erfolgreich behandelt. *A. Loewald-Cassel.*

Über die Anwendung des Bismuthum citrico-ammoniatum allein und in Verbindung mit Argentum nitricum bei der Behandlung der Blennorrhoe, von F. Balzer und Leroy. (*Journ. d. pratic.* 1900. No. 38.) Die Verfasser haben bei einer Reihe von Blennorrhoen Versuche mit $^1/_2$—2 %oiger Lösung von Bismuthum citrico-ammoniatum gemacht. Die Erfolge waren nicht befriedigend, es zeigte sich nur eine ganz oberflächliche, rasch vorübergehende Wirkung. Um eine stärkere Wirkung zu erzielen, wurde auch noch eine $^1/_4$ %oige Lösung von Bismuthum citrico-ammoniatum, der Argentum citricum im Verhältnis von 1 : 20000 zugesetzt war, verwendet. Diese Lösung scheint ebenso zu wirken wie Itrollösung allein. Vielleicht mildert das Wismuthsalz die reizende Wirkung des Itrols bis zu einem gewissen Grade; die Verbindung beider Salze wäre dann entschieden vorteilhaft.

Götz-München.

Einige Bemerkungen über Mercuriol, ein neues Mittel bei Urethritis, von Ramon Guiteras-New York. (*Lancet.* 22. Sept. 1900.) Mercuriol, eine chemische Verbindung von Quecksilber mit Nukleinsäure (letztere aus Hefe gewonnen), stellt ein bräunlich-weifses Pulver dar, das in Alkohol unlöslich, dagegen in Wasser unschwer löslich ist und nicht die Eigenschaft hat, Eiweifskörper zu fällen. Das bisher gelieferte Präparat zersetzte sich in Lösung nach wenigen Tagen, doch soll dieser Übelsthnd neuerdings beseitigt sein. Verfasser hat 150 Fälle von Urethritis damit behandelt; seine vorliegende Mitteilung basiert er aber nur auf die letzten 100, weil die erste Serie von 50 lediglich nur zur Feststellung der zweckmäfsigsten Anwendungsweise verwertet werden konnte. Man verordnet sowohl für frische wie für ältere Fälle am besten eine 2 %oige Lösung, welche dreimal täglich nach vorheriger Urinentleerung in der üblichen Weise in die Harnröhre injiziert wird und 5 Minuten darin zurückgehalten werden soll. Die Resultate waren folgende: Heilungen (soweit man feststellen konnte) binnen 3 Wochen: 22; binnen 4 Wochen: 28; nach 4 Wochen: 17; noch in Behandlung 15; ausgeschieden: 18. Als besonders vorteilhaft wird die geringe Zahl von Komplikationen bei dieser Behandlung hervorgehoben; es wurden nur je einmal Epididymitis und Rheumatismus blennorrhoicus beobachtet. Auch griff die Blennorrhoe nur einmal auf den hinteren Teil der Urethra über. Es wurde 33 mal auf Gonokokken untersucht, 30 mal mit positivem Ergebnis; aber auch bei den andern Fällen hält G. die Diagnose für unzweifelhaft. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über Blennorrhoebehandlung mit Gelatose-Silber, Albargin, von Bornmann. (*Ther. d. Gegenw.* März 1901.) Verfasser veröffentlicht aus Max Josephs Poliklinik die Versuche, welche er an 60 Patienten mit 0,2 % Albargin, teils als Injektionen, teils als Spülungen verwertet, gemacht hat. Die Gonokokken verschwanden dauernd nach 1—50, meistens nach 3—8 Tagen. Nach Verfassers Ansicht haben wir im Albargin ein allen gerechten Anforderungen entsprechendes Antiblennorrhoicum, welches sämtliche Vorzüge der Silbereiweispräparate hat und 2—3 mal billiger ist als das moderne Protargol. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXXIII. No. 2. 15. Juli 1901.

Über die Behandlung von Dermatosen mit Spannungselektricität.[1]

Von

Dr. Leopold Freund-Wien.

Mit 2 Abbildungen im Text.

In keinem Zeitabschnitte ist der Fortschritt auf allen Gebieten der Dermatologie so rasch und so grofs gewesen, wie in den letzten Dezennien. Es ist schwierig geworden, dieser rapiden Entwickelung auf dem Gebiete der klinischen Beobachtung, der bakteriologischen Forschung und histologischen Untersuchungstechnik zu folgen. Doch verpflichten die Fortschritte der Neuzeit, manche veraltete Anschauung und primitive Einrichtung früherer Zeiten zu verlassen und die angeblichen Errungenschaften des modernen Forschens auf ihren wahren Wert hin zu prüfen. Wenn auch vieles von dem als neu und grofs Gepriesenen morgen schon wieder überholt oder verlassen sein sollte, so dürfte sich unter der Menge des wissenschaftlich Produzierten doch manches finden, was als bleibendes Gut in den Schatz des Könnens und Wissens einverleibt wird. Dies gilt vorzüglich für die Therapie.

Die neueste Zeit hat gelehrt, dafs sowohl die Wirkungen, welche die statische Elektricität auf den lebenden Organismus ausübt, als auch jene der Induktions- und der Wechselströme von höchster Frequenz in der Dermatotherapie mit interessanten Resultaten zu verwerten sind. Das was jeder dieser drei, auch in Bezug auf ihre Wirkungen viel Gemeinsames darbietenden Methoden eigentümlich ist, ist die starke Spannung der Elektricität, die in ihr zur Verwendung gelangt. Mag die Elektricität mit Elektrisier-, Influenz-, d'Arsonvalschen, Teslaschen, faradischen oder Ruhmkorffschen Apparaten erzeugt worden sein: immer bietet sie die Erscheinung der hohen Spannung dar, d. h. es ist immer eine intensive elastische Spannung der Teilchen der elektrisierten Körper zu konstatieren. Die Elektricität hat das Bestreben sich vom elektrisierten Körper zu ent-

[1] Nach einem auf dem VII. Kongresse der deutschen dermatologischen Gesellschaft in Breslau 1901 erstatteten Referate.

fernen, was bei der Elektricität niederer Spannung, also z. B. derjenigen eines galvanischen Elementes nicht der Fall ist. Dieser Umstand und, wie wir sehen werden, auch so manche klinische und histologische Thatsache legt es nahe, der Spannungselektricität eine Rolle bei der Entstehung der hier zu besprechenden physiologischen und therapeutischen Effekte zu vindizieren.

Inwiefern die gleichzeitig zu beobachtenden Erscheinungen der dynamischen Elektricität, d. i. der elektrischen Ströme hierbei beteiligt sind, läfst sich derzeit nicht entscheiden, da unseres Wissens bisher noch keine exakten Untersuchungen nach dieser Richtung hin angestellt worden sind. Es ist aber zu bemerken, dafs zwischen der strömenden und Spannungselektricität mancherlei Übergänge bestehen und eine scharfe Trennung zwischen beiden Arten elektrischer Erscheinungen nicht durchführbar ist.

Betrachten wir die Wirkungsweise der in diesem jüngsten Gebiete der Dermatotherapie verwendeten Vorrichtungen, so werden wir trotz der verschiedenen Prinzipien und Gesichtspunkte, welche bei der Konstruktion derselben mafsgebend sind, immer eine und dieselbe physikalische Erscheinung konstatieren: die Funkenentladung. Diese ist je nach der Höhe der Spannung intensiver, je nach der Elektricitätsmenge glänzender. Sowohl aus der Polleitung der statischen, als auch aus jener der faradischen, Ruhmkorffschen oder d'Arsonvalschen Maschine schlagen, wenn sie dem Körper genähert werden, Funken, die sich in der Schnelligkeit der Aufeinanderfolge, von dieser abhängig auch in der Form, dann in der Stärke und Länge von einander unterscheiden; durch geeignete Vorrichtungen können bei allen diesen Apparaten die Funkenentladungen in stille Entladungen überführt werden, bei welchen die hochgespannte Elektricität als „elektrischer Wind" abströmt. Mit diesen beiden Formen der elektrischen Entladungen wollen wir uns zunächst beschäftigen.

Ich halte es für überflüssig, die Apparate, welche zur Erzeugung der verschiedenen Formen der Spannungselektricität benutzt werden (der Reibungselektrisier-, der Influenzmaschine und des Ruhmkorffschen Induktors), zu schildern. Ein jedes Lehrbuch der Physik giebt die ausführliche Beschreibung derselben. Dasjenige, was ich hier vorbringen zu müssen glaube, ist der Umstand, dafs der d'Arsonvalsche Apparat nicht genau der Teslaschen Anordnung entspricht. Bei ersterem stehen an zwei Franklinschen Tafeln (Kondensatoren) *C* (Fig. 1) die Belege der einen Seite mit den Polen der sekundären Spule des Ruhmkorffschen Apparates *A*, die Belege der anderen Seiten jedoch durch einen dicken Kupferdraht *D*, welchen d'Arsonval als Solenoid bezeichnet, in Verbindung. Bei der Teslaschen Versuchsanordnung dienen Leydener Flaschen als Kondensatoren — ein nebensächlicher Umstand — und ist dieses Solenoid durch die Primärspule *P* (Fig. 2) einer grofsen Induktionsrolle ersetzt,

über welche eine aus aufserordentlich zahlreichen Windungen eines sehr dünnen Drahtes gewickelte Sekundärrolle S geschoben wird. Bei beiden Anordnungen ist an geeigneter Stelle eine Luftstrecke B eingeschaltet, an welcher Funken überspringen können. Wird das RUHMKORFFsche Induktorium in Thätigkeit gesetzt, so werden die einseitigen Belege der Kondensatoren positiv und negativ geladen. Gleichzeitig springt in der Luftstrecke ein Funken über. Dieser bildet einen leitenden Kanal,

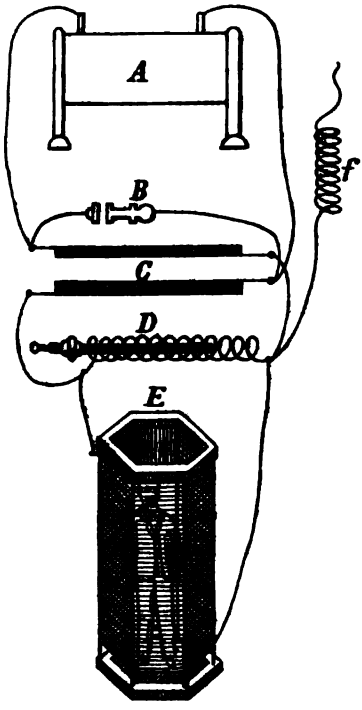


Fig. 1.

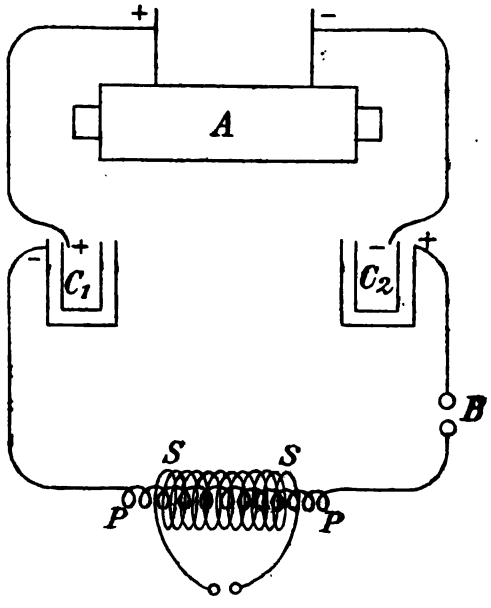


Fig. 2.

welcher Gelegenheit giebt, dafs die Elektricitäten erst nach einer Anzahl von Hin- und Herbewegungen sich gänzlich vernichten. Diese Oscillationen würden allerdings sehr rasch abnehmen; da aber die Kondensatoren nach jeder Entladung vom Induktorium gleich wieder geladen werden, so erhält man, wenn die Funken schnell auf einander folgen, eine fast ununterbrochene Reihe elektrischer Schwingungen, mit anderen Worten Wechselströme von sehr hoher Frequenz. Bei der D'ARSONVALschen Anordnung

entstehen in dem Solenoide Wechselströme, die mit den Schwingungen der Entladungsfunken am Kondensator synchron sind; in der Primärspule des Teslaschen Transformators ist dasselbe der Fall; die Wechselströme von hoher Frequenz induzieren aber in der sekundären Spule des Transformators Wechselströme von aufserordentlich hoher Spannung, einer Spannung, die 100000—500000, ja bis eine Million Volt beträgt. Wir haben hier also Wechselströme, die gleichzeitig grofse Frequenz und sehr hohe Spannung mit einander vereinigen.

Die Anwendung der Spannungselektricität zu Heilzwecken ist bis in das graue Altertum hinauf zu verfolgen, wo nach den Berichten des Plinius, Hippokrates, Galen, Dioskorides und andere römische Ärzte, z. B. Scribonius, Largus, Gelähmte und Gichtiker in Bäder schickten, in welchen Zitterrochen schwammen. Die Geschichte der Entwickelung der Elektrisiermaschinen verzeichnet einen stetigen Fortschritt in der Verwendung der elektrischen Naturkräfte zur Behandlung innerer Krankheiten. Die Lehrbücher der Elektrotherapie und die kleineren Publikationen hierüber geben als Indikationen für die verschiedenen Formen der Spannungselektricität die mannigfachsten Leiden an; wir finden vom „Abortus" bis zum „Zittern" eine Unzahl von mit allen Buchstaben des Alphabetes beginnenden Krankheiten als geeignetes Feld für die Elektrotherapie bezeichnet. Am häufigsten wiederholen sich jedoch die Beobachtungen über den günstigen Einfluſs dieser Methoden bei Nervenleiden, rheumatischen und rheumatoiden Affektionen und sicherlich hat sich die Elektrotherapie solcher Krankheiten bei den Internisten bereits mit Recht eingebürgert. Anders verhält es sich jedoch in der Dermatologie. Abgesehen von der allgemein aufgenommenen Anwendung der Glühwirkungen des galvanischen Stromes zur Galvanokaustik und zur Elektroendoskopie, welcher Gegenstand uns ja hier nicht beschäftigen soll, finden wir in der Litteratur der letzten Dezennien nur vereinzelte Berichte über die therapeutische Verwendung der faradischen oder statischen Elektricität zur Behandlung von Hautaffektionen. Gewifs standen die Dermatologie und deren bedeutendste Vertreter dieser Richtung den therapeutischen Bestrebungen ziemlich ablehnend gegenüber. Aber diese Haltung der berufenen Fachkreise ist bei den dürftigen Resultaten, bei der kritik- und planlosen Anwendung dieser Verfahren auf jede beliebige Affektion und dem Mangel von theoretischen Nachprüfungen, welche zu einem Verständnis der Wirkungen unentbehrlich sind, nicht unbegreiflich.

Aus der Reihe wichtiger älterer Mitteilungen über diesen Gegenstand erscheint uns vor allem der Umstand bemerkenswert, dafs noch vor der Verwendung der statischen Elektricität zur Behandlung des Hautjuckens mehrere Beobachter (Erb, Kurz, Massy, Vollmer u. a.) sehr günstige Resultate bei diesem Leiden mit der lokalen Elektrisation (Galvanisation,

Faradisation) erzielten. Nicht nur Urticaria, Prurigo, Pruritus, sondern auch bei Affektionen, wo das Jucken nur eine Begleiterscheinung des primären Hautleidens (Ekzem, Pernionen u. dergl.) darstellte, wurden erhebliche Besserungen desselben erreicht. Weiter wird von vielen Seiten der elektrischen und insbesondere der faradischen Behandlung von Geschwüren das Wort geredet. Geschwüre nach Verbrennungen, das Mal perforant du pied und andere trophische Geschwüre und selbst luetische Sklerosen sollen nach den Angaben von Weisflog, Leloir, Legros, Onimus, Clemens u. a. zur raschen Heilung gebracht worden sein. Andere Autoren, z. B. Lewandowsky, Remak, Silva-Araujo, empfehlen die Faradisation zur Behandlung von Narben, Keloiden und der Elephantiasis, Michelson, Overall und Ehrmann dasselbe Verfahren zur Behandlung der Alopecia areata, Leistikow bei Trichorrhexis nodosa etc.

Seit dem Auftreten Leloirs und Doumers (1893) hat sich die Behandlung mit statischer Elektricität, die sogenannte Franklinisation, in Dermatologenkreisen viele Freunde erworben, und wird an manchen Orten eifrig angewendet. Die Indikationen decken sich fast vollständig mit jenen, die wir bei der Faradisation hervorgehoben haben; Monell, Marquant, Chatzky, Abranitscheff, Pospelow, Bordier, Shoemaker, Derville, Bisserié, Bécue, Boisseau du Rocher, Brocq, Legros, Gastou, Chabry und Rieder, Weil, F. Winkler beschrieben Erfolge bei pruriginösen Affektionen, bei Urticaria, Ekzem, Impetigo, Akne, varikösen Geschwüren, Keloiden, Sclerema circumscriptum und Akne. Auch mit dieser Therapie wurden nach den Angaben Leloirs, Fox', Gastous, Chabrys, Rieders und F. Winklers Alopecia areata günstig beeinflufst; F. Winkler demonstrierte erst in jüngster Zeit in der Wiener dermatologischen Gesellschaft einen interessanten Fall von Alopecia areata, welcher die Wirksamkeit dieser Methode dokumentieren sollte. Gastou, Chabry und Rieder bemerken, dafs dieser Erfolg nur bei den Pseudopelades, den infektiösen, toxischen oder dyskrasischen Peladen zu erzielen sei; die wahre Pelade verhält sich gegenüber der statischen Douche hartnäckiger, indem nur der weitere Ausfall der Haare sistiert, das Nachwachsen aber nicht beschleunigt wird.

Die modernste Form einer Anwendung der Spannungselektricität ist jene der Hochfrequenzströme d'Arsonvals; Oudin verwendete dieselben mit Erfolg bei Mollusca contagiosa, bei Psoriasis, Ekzemen, Pruritus, Impetigo, Herpes zoster, Furunkulose, Acne, Acne rosacea, Hauttuberkulose und venerischen Vegetationen, Oudin und Barthélemy beim Keloid, Bisserié, Gastou, Chabry und Rieder bei der Alopecia areata, Sudnik bei Gonorrhoe, Pearsons beim Epitheliom u. s. w.

Aus dieser auf Vollständigkeit keinen Anspruch erhebenden Aufzählung (ich verweise hinsichtlich der Litteraturangaben auch auf die

Arbeit F. Winklers und I. Neumanns Festschrift) ist zu ersehen, mit welchem Eifer und wie mannigfach die Spannungselektricität in den letzten Jahren dermatotherapeutisch benutzt wurde. Wir wollen wünschen, dafs sich alle diese Indikationen wirklich bewähren. Aber ich beabsichtige nicht in diesem Artikel zu berichten, ob und inwiefern die Elektrotherapie bei jeder der hier angeführten Krankheiten wirklich die gerühmte Wirkung habe — dazu bedarf es einer jahrzehntelangen Nachprüfung —, ich fafste meine Aufgabe dahin auf, dafs ich aus den vorliegenden einschlägigen Berichten sowie aus meinen vergleichenden Erfahrungen und Experimenten gewisse Grundprinzipien formulieren solle, welche den Kollegen die weitere Arbeit auf diesem Gebiete vereinfachen und erleichtern sollten. Um diesem Zwecke zu entsprechen, sei mir gestattet, zunächst die bisher bekannten physiologischen Wirkungen der Spannungselektricität anzuführen.

Faradische Pinselungen der Haut erzeugen klinisch, wie bekannt, Schmerz, Hyperämie und je nach der Intensität der Einwirkung oft ganz erhebliche Rötung, sowie infolge Erregung der motorischen Hautnerven eine Gänsehaut. Die Hautsensibilität wird erheblich gesteigert, die Schmerzempfindung herabgesetzt. Aufserhalb des Bezirkes der kutanen Faradisation werden auf reflektorischem Wege die Circulationsverhältnisse entfernter Organe wirksam beeinflufst. So kann z. B. durch Faradisation der Bauchhaut Hirnanämie erzeugt werden, die sich nach v. Basch bis zur Synkope steigern kann. Auf reflektorischem Wege lassen sich weiter vasomotorische und sekretorische Nerven, drüsige, sowie andere mit glatten Muskeln ausgekleidete Organe, wie auch motorische Nerven erregen. Durch Hyperämisierung der Hautoberfläche können tiefer gelegene Gebilde entlastet, deren Hyperämie für längere Zeit beheben werden. Nach Beard und Rockwell ist diese Elektrisationsmethode nicht nur ein Reizmittel, sondern auch ein, zumal bei mannigfachen Schwächezuständen und gestörter Ernährung (Anämie, Chlorose, Rheumatismus), sehr wirksames Tonicum, Alterans und Sedativum (Lewandovsky). Spilker und Goldstein machten die, allerdings später angefochtene, Beobachtung, dafs Induktionselektricität im stande sei, Bakterien zu vernichten.

Fast analog, speziell was die lokalen Effekte anlangt, wirkt die lokale Franklinisation. Die Ausstrahlung der statischen Elektricität bewirkt zunächst eine je nach der Intensität der Funken verschieden lange andauernde Anämie der Haut, der eine entsprechend lang währende Hyperämie folgt; infolge Erregung der Arrectores pilorum tritt Cutis anserina auf. Übrigens kann der Effekt der Funkenentladungen unter lebhafter Schmerzempfindung bis zum Auftreten von Papeln, Quaddeln, ja sogar ganz erheblichen Brandblasen gesteigert werden. Bei Wirkungen auf den Gesamtorganismus wurde eine Steigerung der Pulsfrequenz, damit im Zu-

sammenhange eine Temperaturerhöhung, Gesichtsrötung, sowie eine deutliche Schweifsabsonderung und eine excitierende oder sedative Wirkung auf die Nerven hervorgerufen. VIGOUREUX zeigte, dafs die Franklinisation ein wichtiges Stimulans der Ernährung ist, und dafs ihre Verwendung bei Affektionen, wo der Stoffwechsel verlangsamt ist, vollkommen indiziert ist. DESTOT stellte mit DUBARD die bakterieide Wirkung dieser Form der Elektricität fest.

Auch die Hochfrequenzströme wirken in ganz ähnlicher Weise:

Auf die Oberfläche der Haut appliziert, veranlassen sie zunächst eine Anämie in Form einer kreideweifsen Blässe und eine Erektion der Papillen, eine Gänsehaut. Dieser Zustand bleibt eine oder zwei Minuten bestehen, dann verschwindet die spasmodische Anämie, um einer ziemlich starken erythematösen Färbung Platz zu machen. Dieses Erythem kann je nach der Intensität und Dauer der Applikation, sowie je nach der Reaktionsfähigkeit des Patienten einige Stunden, ja selbst zwei Tage lang anhalten. OUDIN beobachtete nach prolongierter lokaler Applikation selbst das Auftreten von Blasen. Sehr oft werden um die getroffene Stelle Schweifstropfen sichtbar. Subjektiv wird unmittelbar nach der Applikation angeblich ein gewisser Grad von Empfindungslosigkeit empfunden, der bis zur kompleten Anästhesie gehen kann. Als bemerkenswerteste Wirkungen der Hochfrequenzströme auf die Ernährungsvorgänge und den Stoffwechsel werden von D'ARSONVAL angegeben: eine Vermehrung der Sauerstoffaufnahme und Kohlensäureabgabe, eine Vermehrung der Harnstoffabscheidung, eine Vermehrung der Wärmeabgabe von seiten des Körpers und als Folge dieser gesteigerten organischen Verbrennungsvorgänge ein erheblicher Gewichtsverlust des so behandelten Versuchstieres; schliefslich konstatierte D'ARSONVAL am Menschen mit dem MAREYschen Sphygmographen oder mit dem POTHINschen Sphygmomanometer zu Beginn der Applikation eine Verminderung des Blutdruckes, welcher aber bald danach rapid in die Höhe steigt und sich längere Zeit so erhält. Ein Einschnitt in die Pfote eines Kaninchens zeigte, dafs das Blut nach dem Durchgange der Hochfrequenzströme viel reichlicher ausfloss. Die Gefäfse im Ohre des Kaninchens erweitern sich im Verlaufe der Einwirkung. Den vernichtenden Einfluss auf Bakterien konnten D'ARSONVAL und CHARRIN nicht nur bei der Bierhefe und pathogenen Mikroorganismen (Bacillus pyocyaneus) feststellten, D'ARSONVAL fand auch, dafs die Stoffwechselprodukte der Bakterien (Toxine) in ihrer Virulenz stark modifiziert werden.

Lassen wir die Wirkungen auf die inneren physiologischen Vorgänge vorläufig bei Seite, so können wir bei diesen drei Prozeduren eine ganz auffallende Übereinstimmung in den Effekten konstatieren. Auch die Wirkungen der unipolaren Polentladungen hochgespannter Induktions-

ströme auf die Haut unterscheiden sich wenig von den vorher geschilderten. Nach meinen Beobachtungen und Versuchen erzeugen sie als einfacher Funkenschlag eine Quaddel, die sich noch längere Zeit als weifser Punkt von der hyperämischen Umgebung abhebt. Ein solcher Schlag erregt ein brennend schmerzhaftes Gefühl. Merkwürdigerweise nimmt die Empfindlichkeit gegen weitere Funkenschläge bald ab. Werden die Entladungen in stille Entladungen überführt, so erhält die Haut anfangs eine rötliche, später etwas cyanotische Färbung und wird ein wenig turgescent, ödematös, so dafs man einen Fingerdruck oft noch längere Zeit persistieren sehen kann. Dabei ist die Sensibilität meist im Sinne einer verminderten Schmerzempfindung, oft aber auch in entgegengesetzter Weise alteriert. Wiederholte Versuche zeigten, dafs unter dem Einflusse von Funkenentladungen jeder Provenienz die Deckhaare der Haut von Kaninchen und Meerschweinchen sich mit der Wolle büschelig zusammenballen, eintrocknen und dann zumeist spontan ausfallen oder sich auf leichten Zug entfernen lassen, während die büschelig geballten Wollhaare noch längere Zeit zurückbleiben, oft noch dann, wenn auf den zwischen den Büscheln befindlichen weifsen kahlen Flecken der reichliche Nachwuchs frischer Haare sichtbar wird.

Um einen Anhaltspunkt über die Wirkungsweise der direkten Funkenschläge auf Mikroorganismen zu erhalten, wurden Plattenkulturen verschiedener pathogener Mikroorganismen den Funkenentladungen aus dem D'ARSONVAL-OUDINschen oder aus dem RUHMKORFFschen Apparate unter den verschiedensten Versuchsanordnungen exponiert.

Es zeigte sich in diesen Versuchen, welche ich unter Leitung des Herrn Hofrates Prof. WEICHSELBAUM anstellte, dafs nicht nur Aussaaten, sondern auch bereits entwickelte, mehrere Tage alte Rasen in der weiteren Entwickelung gehemmt resp. abgetötet werden können; weiter, dafs die Intensität dieser Wirkung nicht nur von der Dauer der Exposition und von der Anzahl der in der Zeiteinheit erfolgenden Funkenschläge, sondern auch von der Gröfse des Luftwiderstandes zwischen der Elektrode und dem Objekte, sowie von der Intensität der hierbei zur Verwendung gelangenden Ströme in besonderem Grade abhängig ist. Diese Versuche zeigten ebenso wie photographische Platten, auf welche ich positive und negative Entladungen RUHMKORFFschen Induktorien hinlenkte, dafs positive Entladungen stets den Ort wechseln und daher in gleich langer Exposition geringere Effekte herbeiführen als die konstanten, stets dieselbe Stelle einhaltenden und den kürzesten Weg zur Bodenleitung einschlagenden negativen Polentladungen, dafs aber demzufolge das Wirkungsgebiet der letzteren auch räumlich kleiner ist. Weiter geführte Versuche ergaben, dafs die sichtbaren Funkenschläge, welche durch Vorschaltung von Halb- und Nichtleitern (z. B. gläsernen Eprouvetten oder Reagenskölbchen) an die

Polleitung in stille Entladungen überführt werden, ähnliche, wenn auch bedeutend abgeschwächte Wirkungen auf Bakterien ausüben.

Über die Mechanik aller dieser Wirkungen gab zum Teil die direkte Beobachtung der bestrahlten Kulturen, teils die mikroskopische Untersuchung von so behandelter Haut Aufschluſs. Eine kurz dauernde Exposition zeigte als unmittelbaren Effekt eine deutliche Trockenheit des Nährbodens; wurde die Bestrahlung längere Zeit fortgesetzt, oder unmittelbare Funkenschläge angewendet, so wurden Erscheinungen beobachtet, welche für eine Wärmewirkung sprachen. Der Nährboden färbte sich braun, blähte und verflüssigte sich; bei sehr rasch auf einander folgenden und intensiven Funkenschlägen sah man auch hie und da ein Flämmchen aufleuchten, Rauch aufsteigen und vernahm das Prasseln des siedenden Agars.

Es ist klar, daſs schon diese beiden Faktoren, welche vielleicht in einem kausalen Zusammenhange stehen, genügten, um ein Absterben der Bakterien und vielleicht auch manche Heileffekte herbeizuführen. So wäre es denkbar, daſs eine durch die Austrocknung, sowie auch vielleicht durch die elektrolytische Vernichtung der obersten Zelllagen der Haut herbeigeführte stärkere Desquamation einen wesentlichen therapeutischen Faktor bildet, welcher günstige Erfahrungen bei Akne, Seborrhoe und ähnlichen Affektionen erklärt. Sowohl die Austrocknung als auch die Temperaturerhöhung sind den vegetativen Bakterienformen sehr feindselige Faktoren. Aber auch die Sporen, welche solchen Einflüssen länger widerstehen, können, wie meine Versuche zeigen, bei geeigneten Anordnungen durch Funkenentladungen vernichtet werden. So gelang es mir, vegetationsfähige Anthraxsporen durch Funkenentladungen in kurzer Zeit zu vernichten, nachdem ich sie auf Rat des Herrn Hofrates Weichselbaum mit steriler Flüssigkeit befeuchtet hatte. Dieses Ergebnis widerspricht nicht den bisherigen Erfahrungen, welche lehren, daſs bei Sporen feuchte Hitze viel wirksamer ist als trockene Hitze.

Tesla gab folgende Erklärung für die Erwärmung durch Hochfrequenzströme: „Ein in der Luft vollkommen isolierter Körper wird durch einfache Verbindung desselben mit einer Elektricitätsquelle von rasch wechselnder hoher Spannung erhitzt. Die Erwärmung rührt in diesem Falle von dem Bombardement des Körpers durch die Luft oder möglicherweise irgend ein anderes Medium her, welches von molecularem oder atomistischem Gefüge ist. Dieser Körper kann ein guter oder auch ein schlechter Leiter der Elektricität sein, ohne daſs sich das Resultat etwas erheblich änderte. Der menschliche Körper ist in solchem Falle ein guter Leiter, und wenn eine in einem Zimmer isolierte Person mit einer Stromquelle von rasch wechselnder hoher Frequenz in Berührung kommt, so wird ihre Haut durch das Bombardement erwärmt. Es hängt bloſs von

den Dimensionen und dem Charakter des Apparates ab, um jeden gewünschten Grad von Erwärmung hervorzubringen."

Es dürfte nicht weit fehlgegangen sein, wollte man auch der mechanischen Erschütterung der Gewebe durch dieses rasche Bombardement eine Rolle beim Zustandekommen der physiologischen Wirkungen zuschreiben; allerdings ist der einzelne Impuls gewifs sehr geringfügig; bei der raschen Aufeinanderfolge und der grofsen Zahl der Stöfse könnte doch immerhin ein sichtbarer Effekt daraus resultieren.

Aufser diesen beiden Faktoren kommen noch andere Momente in Betracht; dies zeigen unsere histologischen Präparate der Haut, welche mit Funkenentladungen behandelt worden war. Wo die Funkenentladung nur ganz kurze Zeit erfolgt war und vermittelst schwacher Ströme erzielt wurde, war in den Präparaten nur eine ganz oberflächliche Entzündung und ein kleinzelliges Infiltrat in den obersten Cutisschichten wahrzunehmen. Hatten aber intensive schnell auf einander folgende Funkenschläge durch längere Zeit eingewirkt, dann konnte man ganz beträchtliche Gewebs- und Zellenveränderungen in den Präparaten nachweisen.

Am auffälligsten erscheint zunächst eine Zellinfiltration in der Schleimschichte, welche sich scharf gegen die Umgebung abhebt. Dieses kleinzellige Infiltrat drängt die Zellenlagen des Rete Malpighii aus einander und ist zum Teile in die untersten Schichten, sowie auch in die obersten Schichten desselben eingedrungen, beziehungsweise substituiert beide. Das Infiltrat besteht durchwegs aus polynuclearen Leukocyten, welche in den oberen Schichten dicht zusammengedrängt und von einander schwer abgrenzbar sind, während in der unteren Schichte des Infiltrates sich die Zellen deutlich von einander abgrenzen lassen und in ihrem Protoplasma zahlreiche eosinophile Granula enthalten.

Weitere schwere und wichtige Veränderungen finden sich in wechselnder Tiefe an verschiedenen Stellen der Pars papillaris und der Pars reticularis. Schon bei schwacher Vergröfserung findet man ein Infiltrat, das aus roten Blutkörperchen besteht und welches an den Stellen, wo die Struktur der Cutis eine lockere ist, in Form von Streifen den Gewebsspalten folgt und die Haarfollikel wie ein Netz umspinnt; es ist demnach als Hämorrhagie in das Cutisgewebe anzusprechen.

Einzelne Stellen der Epidermis, welche aus Kerndetritus und nekrotischem Materiale bestehende Krusten tragen, lassen gleichfalls zellige Elemente erkennen, die sich als rote Blutkörperchen erweisen.

Noch auffälliger sind die Befunde an den Blutgefäfsen. Schon auf den ersten Blick ist eine bedeutende Dilatation fast sämtlicher Blutgefäfse zu konstatieren, und namentlich erscheinen die Venen weit klaffend und strotzend mit Blut gefüllt. Das betrifft vorzüglich die Gefäfse in der

Tiefe des Corions, während in den oberen Teilen desselben die Hyperämie nicht so stark ausgeprägt ist.

Die Gefäfswand selbst zeigt bei den Arterien besondere Veränderungen. In manchen derselben erscheint die Intima so verdickt, dafs sie das Lumen des durchaus nicht kontrahierten Gefäfses zum grofsen Teile ausfüllt. In der Intima, aber auch in der Media, fallen eigentümliche scharf umrandete rundliche Lücken in der Gröfse eines Zellkernes und darüber auf, welche bei manchen Gefäfsquerschnitten in grofser Zahl neben einander angereiht die Intima scheinbar zum Teile von der Gefäfswand abheben, so dafs erstere nur an einem Teile ihres Umfanges mit der Elastica im engen Kontakte steht, während sie an der übrigen Peripherie durch feston- oder guirlandenartige Septen mit den äufseren Schichten der Gefäfswand im Zusammenhange zu sein scheint. Bei sehr starker Vergröfserung mit Immersionslinsen sieht man jedoch, dafs diese Lückenbildung keineswegs durch eine Abhebung der Intima von der Elastica entsteht, vielmehr wird es deutlich, dafs diese Lücken durch Vacuolenbildung in den Zellen entstehen und zwar nicht in einer rein konzentrischen Kreislinie, sondern regellos, bald dem Centrum des Gefäfses näher, bald wieder von demselben weiter entfernt.

Übrigens ist die Lückenbildung in der Intima in so exquisitem Grade, wie beschrieben, auch nur an vereinzelten Gefäfsschnitten zu konstatieren; meist sind nur 1, 2 bis 3 Vacuolen sichtbar.

Pigment findet sich in Schollen an vereinzelten Stellen der oberen Cutisschichten; seine Menge ist nicht auffallend vermehrt.

In mit der Oreeinfärbung nach Taenzer-Unna behandelten Präparaten sind im Bindegewebe der Cutis sowohl im papillären als auch im retikulären Anteile elastische Fasern in reichlicher Menge sichtbar. An den Stellen, welche hämorrhagisch infiltriert sind, erscheinen dieselben manchmal stark aufgefasert und zertrümmert.

Wenn wir die Ergebnisse der mikroskopischen Prüfung zusammenfassen, so haben wir die kleinzelligen Infiltrate in den untersten Schichten der Epidermis, die ausgedehnten Blutaustritte in die Gewebe und schliefslich die Vacuolisation in der Intima der Arterien festzuhalten.

Dafs aber nicht nur die Zellen der Gefäfswände, sondern unter Umständen auch die Nervenzellen in der gleichen Weise alteriert werden, beweisen die Befunde von Hodges, Maginis, Corrado. Dieselben konstatierten an den durch elektrische Reizung erschöpften Nervenzellen eine Verminderung des Kernvolumens, eine Vacuolisation des Protoplasmas und eine Verminderung in der Aufnahmefähigkeit für Farbstoffe; an den Fortsätzen der Zellkörper fanden sich stellenweise Anschwellungen, zwischen welchen dünne oft unterbrochene Filamente zogen. Corrado bezeichnet diesen Zustand mit „varicöse Atrophie“. Vas, Lambert, Mann, Nissl,

Lugaro u. a. konstatierten ein Anschwellen und eine Ortsveränderung des Zellkernes und der chromatischen Substanz, eine Vergrößerung des Volumens der Nervenzelle u. s. w.

Die auffallendste aus diesen Untersuchungen hervorgehende Thatsache ist die Vacuolisation. Diese Erscheinung wurde als eine durch elektrische Einwirkung erzeugte Desorganisation des Zellprotoplasmas schon früher wiederholt beobachtet. Klemm und Bütschli beobachteten sie neben Aufquellen der Protoplasmaschichten und Stränge an Pflanzenzellen, Kühne und Verworn neben körnigem Zerfalle an tierischen Zellen. Nach Engelmann, Klemm, Davenport u. a. beruhen diese Schädigungen in einer Lockerung der Kohäsion und in der Lösung von Zellbestandteilen (Vacuolisation), letztere wohl direkt durch chemische Änderungen, erstere vielleicht indirekt vermittelt. Per analogiam der Art der physikalischen Beeinflussung sowie der histologischen Befunde handelt es sich in den besprochenen Präparaten um elektrolytische Vorgänge im Protoplasma der verschiedenen Zellen.

Dieser Prozeſs, bei welchem gewiſs auch bakterienfeindliche Körper (Elektrolyte: Säuren, Alkalien etc.) entstehen, dürfte auch abgesehen von der gleichzeitigen Wärmebildung geeignet sein, die Entwickelung von Mikroorganismen aufzuhalten.

Das physiologische Experiment zeigt somit, daſs durch Applikation von Funkenschlägen beliebiger Provenienz 1. eine Austrocknung, 2. eine Erwärmung und durch diese 3. eine Entwickelungshemmung von Mikroorganismen zu erreichen ist. Sehr wahrscheinlich ist aufserdem 4. eine elektrolytische und 5. eine mechanische Aktion derselben.

Neben diesen unmittelbaren Wirkungen des Funkenschlages hat man aber noch die Wirkungen der gleichzeitig produzierten intensiven chemischen (blauen, violetten und ultravioletten) Lichtstrahlen, die Wirkungen des hierbei gleichfalls reichlich entwickelten Ozons, sowie eventuelle entfernte Wirkungen der elektrischen Strömung in Betracht zu ziehen.

In welcher Weise entsprechen die klinischen Erfahrungen diesen theoretischen Ergebnissen?

Die Geschichte der Medizin lehrt, daſs die therapeutische Wirksamkeit einer Methode von ihrem physiologischen Werte ganz unabhängig sein kann; was sich im Laboratorium als wirksamstes Agens erwies, versagt in der klinischen Praxis oft vollständig. Wir dürfen deshalb nicht von vornherein annehmen, daſs die Funkenschläge, gegen welche sich nach unseren Erfahrungen die widerstandsfähigsten Bakterienarten in Reinkulturen als refraktär erwiesen, auch im stande sind alle durch pathogene Mikroorganismen erzeugten Krankheiten zu heilen.

Dasjenige, was auf diesem Gebiete dermatotherapeutisch erreicht wurde, läfst zwar manche günstige Resultate von dieser Methode erwarten, giebt aber vorläufig zu überschwänglichen Hoffnungen durchaus keinen Anlafs.

Aus der obigen Aufzählung ist ersichtlich, dafs eine Reihe von Autoren durch Anwendung einer mit der Produktion von Spannungselektricität und Funkenentladungen verbundenen Methode Geschwüre und parasitäre Hautleiden günstig beeinflufst haben wollen. Lupöse, trophische varicöse und luetische Geschwüre, Impetigo, Akne, Furunkulose, Gonorrhoe und die von den meisten dieser Autoren als parasitäres Leiden betrachtete Alopecia areata sollen auf diese Weise geheilt worden sein. Als erste Indikation würde demnach die Verwendung der Spannungselektricität bei Affektionen gelten, bei denen eine parasiticide Wirkung erwünscht ist.

Meine eigenen Erfahrungen auf diesem Gebiete sind folgende: Durch Applikation von Funkenentladungen auf Geschwüre sah ich entschieden günstige Beeinflussungen der Prozesse, und zwar in erster Linie eine Austrocknung und Reinigung des Geschwürsgrundes. Ja, bei lupösen Prozessen konnte ich schon nach wenigen Sitzungen eine deutliche Tendenz zur Überhäutung von Geschwüren konstatieren, welche einer vorherigen medikamentösen Therapie gegenüber sich aufserordentlich hartnäckig erwiesen hatten. Dies demonstriert beispielsweise das lupöse Geschwür auf einer Hand, welches ausschliefslich durch Behandlung mit Funkenentladungen in 23 Sitzungen von je 20 bis 25 Minuten Dauer zur Überhäutung gebracht wurde.

Wenn ich aber diese auf den Prozefs günstige Wirkung auch anerkenne, so mufs ich doch hervorheben, dafs es uns bisher nicht gelungen ist, ein Geschwür mit sicherer infektiöser Grundlage definitiv zur Heilung zu bringen. Ich behandelte mit Schiff zusammen behufs Kontrolle der parasiticiden Wirkung der Funkenentladungen bei Geschwürsprozessen einen weichen Schanker auf diese Weise. Wir konnten auch hierbei dieselben Beobachtungen machen, wie bei lupösen Geschwüren; der Geschwürsgrund nahm eine trockenere, reinere Beschaffenheit an. Eine schnellere Heilungstendenz desselben konnten wir aber nicht bemerken, und deshalb brachen wir diese Behandlung, welche uns keinen wesentlichen Vorteil vor den bisher üblichen darbot, nach sechs Sitzungen ab, um zur Jodoformtherapie zurückzukehren. Es ist zwar möglich oder vielleicht auch wahrscheinlich, dafs das Geschwür, im Falle wir die Bestrahlung fortgesetzt hätten, auch mit dieser Therapie zur Vernarbung gelangt wäre. Uns genügte es aber in diesem Falle festgestellt zu haben, dafs der Elektrotherapie nach dieser Richtung hin keine Superiorität gegenüber anderen Behandlungsmethoden zuzuschreiben ist.

Ich glaube, dafs die therapeutischen Erfolge bei derartigen Geschwüren aus dem Grunde so mangelhaft sind, weil die krankhafte Infiltration der Gewebe ziemlich weit in die Tiefe reicht, und die günstige Wirkung mäfsig intensiver Funkenentladungen, welche, wie oben erwähnt, ja thatsächlich vorhanden ist, sich bereits an der Oberfläche erschöpft. Dies zeigen auch meine mikroskopischen Präparate. Zwar dringen bei geeigneter Verordnung (bei genügend intensiven Strömen etc.), wie diesbezügliche Versuche zeigten, die Entladungen sehr tief, sie können die verschiedensten Medien (auch menschliche Haut) durchdringen und unter denselben noch kräftige bakterieide Wirkungen ausüben. Eine derartige Modifikation der Experimente am Kranken war bisher aber noch nicht möglich. Hingegen scheint die Kombination dieser Behandlung mit der Röntgentherapie, wie später gezeigt werden soll, sowohl in Bezug auf die Schnelligkeit als auch auf die Tiefenwirkung recht gute Resultate zu geben.

Auch unsere Erfahrungen über die günstige Beeinflussung der Alopecia areata mit Spannungselektricität entsprechen jenen anderer Autoren nicht vollständig. Wie oben erwähnt, hat eine Reihe von Experimentatoren sowohl mit faradischer als auch mit statischer Elektricität und den D'ARSONVALschen Hochfrequenzströmen eine Abheilung des Prozesses konstatiert. Ich selbst beobachtete bei einem mit einer derartigen Affektion behafteten Knaben, dafs nach längerer Applikation von unipolaren Polentladungen auf eine cirkumskripte Stelle in einer haarlosen Plaque wohl in geringerem Grade Lanugo und spärliche dunklere Haare nachwuchsen. Dieser Effekt war aber so minimal und verstärkte sich auch bei weiterer längerer Behandlung nicht, dafs ich endlich die Geduld verlor und die Behandlung sistierte. SCHIFF behandelte denselben Patienten dann durch Wochen hindurch nach EHRMANNs Methode mit faradischer Elektricität auch ohne den geringsten Erfolg. Ohne die richtigen Beobachtungen anderer Kollegen in Frage zu ziehen, möchte ich es doch von vornherein dahingestellt sein lassen, ob eine günstige Beeinflussung des Prozesses durch die Abtötung von Parasiten oder durch die Irritation und den konsekutiven kongestionellen Afflux des Blutes zu den mangelhaft funktionierenden Haarpapillen herbeigeführt wird. Wie bereits an anderer Stelle hervorgehoben, möchte ich, sowie J. NEUMANN, nur einem günstigen Resultate, das bei einer jahrelang bestehenden universellen Alopecia erzielt wird, entscheidende Beweiskraft zuschreiben; denn nur in solchen Fällen läfst sich die spontane Restitution des Haarwuchses, welche auch in unserem Falle möglich war, nicht ausschliefsen. Immerhin halten wir es für wünschenswert, dafs die Versuche nach dieser Richtung hin fortgesetzt werden und möchten namentlich ausgesprochen infektiöse Prozesse, z. B. Trachom, in den Bereich derselben ziehen.

Das zweite Hauptgebiet, in welchem mit der Spannungselektricität

gute Erfolge erzielt wurden, stellen die sich durch Hypertrophien des Cutisgewebes mit fibrösem Charakter und durch chronische Zellinfiltrate in der Cutis charakterisierenden Dermatosen dar. Eine Reihe von verläfslichen Autoren berichtet von Heilungen des Keloides, von Narben, Sclerema circumscriptum, Elephantiasis, durch Spannungselektricität. In einer sehr bemerkenswerten Arbeit stellt BISSERIÉ, ein ausgezeichneter Fachmann auf diesem Gebiete, 62 Fälle von Lupus erythematodes zusammen, von denen 33 mit Hochfrequenzströmen komplet geheilt und seit längerer Zeit ohne Recidiven blieben. Schon wenn wir die elektrolytischen Vorgänge in den Geweben bei der Applikation der Spannungselektricität und die durch die Galvanolyse wiederholt erzielten günstigen Resultate bei derartigen Prozessen in Betracht ziehen, werden uns diese Effekte begreiflich erscheinen; man kann auch ohne Zweifel der Erwärmung, der elektrischen Massage, und der mechanischen Zerstörung wesentlicher Bestandteile der krankhaften Gewebe, sowie der infolge der Gefäfsveränderungen mangelhaften Ernährung der Krankheitsherde eine Wirksamkeit beim Zustandekommen dieser Resultate zuschreiben. Leider stand mir kein derartiger Fall, an dem ich die Wirkung dieser Therapie klinisch und histologisch hätte prüfen können, zur Verfügung. Ich mufs mich daher lediglich auf die Berichterstattung über die Resultate anderer beschränken, möchte aber bei dieser Gelegenheit darauf hinweisen, dafs auch die Röntgentherapie, bei welcher meiner Ansicht nach auch die Spannungselektricität einen wichtigen Faktor darstellt, bei derartiger Affektion (Elephantiasis, Lupus erythematodes) sich bewährt hat.

Die dritte wesentliche Indikation für die Anwendung der Spannungselektricität bilden der Pruritus und die pruriginösen Affektionen. So wie andere Autoren und selbst STRAUSS, welcher von der Anwendung der Hochfrequenzströme sonst gar keinen weiteren Nutzen merkte, konstatierten auch wir bei essentiellem und symptomatischem, d. h. andere Prozesse begleitendem Pruritus in den meisten Fällen eine günstige Wirkung durch die Anwendung von Hochfrequenzströmen, faradischer Elektricität und den unipolaren Polentladungen RUHMKORFFscher Induktorien. Das quälende Jucken wurde thatsächlich auffallend gebessert. Welcher Faktor hierbei günstig wirkt, ist nicht ganz klar, denn auch in diesem Falle blieb uns leider die Exstirpation und histologische Untersuchung von so behandelten Hautstücken versagt. Die klinische Beobachtung und das theoretische Raisonnement lassen uns vermuten, dafs die Erwärmung und der mechanische Anprall der Funkenentladungen hierbei eine Rolle spielen. Vielleicht ist die hierdurch hervorgebrachte lebhaftere Saftströmung verbunden mit der mechanischen Verdrängung des Exsudates aus den Knötchen und Quaddeln bei der Urticaria, die gleichsam durch ein Derivans erzeugte Irritation der Hautoberfläche, oder irgend eine mechanische oder elektro-

chemische Einwirkung auf die peripheren Nervenendigungen beim essentiellen Pruritus das günstige Moment. Die Linderung des Juckreizes bei Impetigo, Ekzem u. dergl. liefse sich durch die Verschorfung blosliegender Nervenendigungen erklären. Jedenfalls mufs die einwandsfreie Beantwortung dieser Frage späteren genaueren Untersuchungen vorbehalten bleiben.

Die sich in den oben citierten Versuchen dokumentierende epilatorische Eigenschaft der Polentladungen hochgespannter Induktionsströme wurde von SCHIFF an seiner eigenen Haut nachgeprüft und bestätigt. Letzterer glaubt, diese Wirkung elektrolytischen Vorgängen in der Haarwurzel zuschreiben zu müssen. Ob sich das Verfahren isoliert auch praktisch bewähren wird, müssen weitere Nachprüfungen lehren. In Kombination mit der Röntgenbestrahlung bietet es sicherlich praktische Vorteile, wie weiter unten gezeigt werden soll.

Wir gehen nun zur Besprechung der Methodik dieses Verfahrens über. Bei jeder der drei Behandlungsmethoden (faradische Elektricität, statische Elektricität, Hochfrequenzströme) unterscheidet man eine lokale und eine allgemeine Elektrisation. Bei der Faradisation erfolgt die lokalisierte Anwendung bekanntlich in der Weise, dafs der Sekundärstrom mittels Leitungsdrähten und Elektroden direkt an die Körperoberfläche gebracht wird. Die allgemeine Faradisation wird so vorgenommen, dafs die Füfse des Kranken in ein mit warmem Wasser gefülltes Kupfergefäfs gestellt werden, welches mit der Kathode des induzierten Stromes verbunden ist. Als positive Elektrode benutzt man einen grofsen Badeschwamm oder die sog. elektrische Hand, welche man nach und nach mit allen Körperteilen in Berührung bringt. Die Dauer der Sitzung beträgt 10—20 Minuten.

Die Applikationsmethoden der statischen Elektricität sind 1. die elektrische Ladung des Körpers mit positiver oder negativer Elektricität (statisches Bad); diese wird in der Weise vorgenommen, dafs der Kranke auf einen Isolierschemel gesetzt wird, welcher mit einem der beiden Pole der Maschine in Verbindung steht, der andere Pol ist in Verbindung mit der Erde. Meist wird positive Ladung vorgenommen; die Dauer jeder Sitzung beträgt 1—5 Minuten. 2. Das elektrische Luftbad. Der Kranke befindet sich auf dem Isolierschemel, der Arzt nähert der Partie, welche behandelt werden soll, die mit einer oder mehreren Spitzen armierte Elektrode. Der Kranke hat die Empfindung eines lauen oder kalten Luftzuges. 3. Die stille Entladung oder der FRANKLINsche Büschel. Man läfst die am Konduktor sich ansammelnde Elektricität durch bürstenförmige Auslader aus geringerer Entfernung als vorhin gegen den Kranken ausströmen, wobei er das Gefühl hat, als wenn ein scharfer Wind Sand gegen seine Haut blasen würde. Wird diese Elektrode oberhalb des

Kopfes des auf dem Isolierschemel sitzenden Patienten angebracht, so nennt man diese Applikation elektrische Douche. 4. Die elektrische Reibung. Diese erfolgt in der Weise, dafs man eine mit einer beweglichen Kugel versehene Elektrode, welche mit einem Konduktor in Verbindung steht, längs der Körperoberfläche des Kranken führt. Dieses Verfahren erzeugt ein brennendes Schmerzgefühl. 5. Die Funkenentladung. Diese wird mittels einer Spitzen- oder Kugelelektrode exekutiert.

Hinsichtlich der Methode bei der Behandlung mit Hochfrequenzströmen unterscheidet D'ARSONVAL eine indirekte und eine direkte Applikation. Das erstere Verfahren soll als allgemeine d'Arsonvalisation bei jenen Erkrankungen des Gesamtorganismus zur Anwendung gelangen, welche nach BOUCHARD durch eine Verlangsamung der Ernährung entstehen (Diabetes, Gicht, Rheumatismus, Obesität). Es besteht entweder darin, dafs in den von den FRANKLINschan Tafeln des Kondensators gehenden Stromkreis eine grofse Spirale eingeschaltet wird, in deren Innerem der Patient Platz nimmt, ohne sich mit der Leitung irgendwo in Kontakt zu bringen: Autokonduktion; oder der Kranke wird auf ein aus schlecht leitendem Materiale hergestelltes Bett gelegt, dessen untere Fläche mit Metall beschlagen und durch einen Draht mit dem einen Ende des Solenoids in Verbindung steht, während der Kranke als zweite Armatur des Kondensators, welchen dieses Bett darstellt, eine Elektrode, die zum anderen Ende des Solenoids leitet, in die Hand nimmt; dieses Verfahren nennt D'ARSONVAL Kondensation. — Die direkte Anwendung der Hochfrequenzströme geschieht in der Weise, dafs der Patient mit dem einen Ende des Solenoids vermittels zweier Metallplatten, auf welche er seine Füfse stellt, oder mittels eines Fufsbades in Verbindung gesetzt wird, während der Schlufs des Stromkreises durch eine mit dem anderen Ende des Solenoids in leitender Verbindung stehende Elektrode besorgt wird, welche der Patient in der Hand hält: bipolare Applikation; oder es wird an das eine Ende des Solenoids der Resonator von OUDIN (s. Fig. 1 f.) angeschaltet; dieser ist im wesentlichen ein aus zahlreichen Windungen eines dünnen Drahtes bestehendes Instrument, in welchem bei geeigneter Länge des Drahtes infolge elektrischer Resonanz Schwingungen entstehen, deren Spannung aufserordentlich hoch ist. An das Ende dieses Resonators wird die OUDINsche Elektrode befestigt, welche aus einem mit einer Glaskapsel umgebenen dicken Metallstifte besteht. Die kranken Hautstellen werden mit dieser Elektrode bestrichen.

Die allgemeine d'Arsonvalisation ist mit keiner Sensation für den Kranken verbunden, während er bei der direkten Applikation ähnliche Empfindungen hat, wie bei der lokalisierten Franklinisation.

Diese Prozeduren werden 2—3 mal wöchentlich in der Dauer von 10—15 Minuten vorgenommen.

Behufs Applikation der unipolaren Polentladungen Ruhmkorffscher Induktorien überzeuge ich mich zunächst an der Funkenstrecke, welches der positive und welches der negative Pol ist. Den positiven Pol leite ich durch einen zur Gas- oder Wasserleitung gehenden Draht zum Erdboden ab. Der negative Pol wird mit einer Elektrode[1] verbunden, welche im wesentlichen aus einem mit Wasser gefüllten chemischen Reagenskölbchen besteht, in welches der Zuleitungsdraht bis zur Wasseroberfläche reicht. Durch ein biegsames Drahtgestell, sowie durch einige Hebel, Federn und Schraubenvorrichtungen kann die Elektrode auf die Haut eingestellt und ganz allmählich genähert und entfernt werden,

Wir beginnen mit einer Entfernung, wo der Kranke noch nichts fühlt, und nähern durch vorsichtiges Drehen der Schraube den Kolben dann soweit, bis die Empfindung eines Windes oder eines Sandgebläses entsteht. Wollen wir energischer vorgehen und Funken schlagen lassen, dann rücken wir noch weiter vor. Der Kranke sitzt hierbei auf einem nicht isolierten Stuhl mit stellbarer Rücken- und Kopflehne. Die Dauer jeder der täglich vorgenommenen Sitzungen beträgt 1/4—1/2 Stunde. Unser Induktorium hat 35 cm Funkenlänge und der primäre Strom schwankt zwischen 2—3 Ampère bei 110 Volts Spannung. Für sehr wichtig in Bezug auf die Qualität der Entladungen fand ich die Schnelligkeit der Unterbrechungen. Unterbrechungszahlen unter 100 in der Sekunde erschienen mir praktisch wenig oder nicht geeignet zu sein.

Von schädlichen Nebenwirkungen dieser Behandlungsmethoden ist bisher nicht viel bekannt geworden. Ich selbst sah nach der Behandlung mit unipolaren Polentladungen Ruhmkorffscher Induktorien bisweilen leichte Erytheme oder oberflächliche Verschorfungen. Andere Beobachter wollen intensivere Entzündungen mit Blasenbildung u. dergl. gesehen haben. Es ist nicht unwahrscheinlich, dafs intensivere Behandlungen auch intensivere Dermatitiden zur Folge haben.

Wie bereits früher angedeutet, halte ich bei der Behandlung von Hautkrankheiten mit Spannungselektricität die direkte lokale Applikation und die Wirkung auf die Applikationsstelle für das wesentlichste; dies aus dem Grunde, weil wir von einer allgemeinen Anwendung bei Hautaffektionen nie den geringsten Effekt sahen. Allerdings wird ein solcher von manchen Autoren hervorgehoben, und diese erklären die günstige Beeinflussung des lokalen Hautleidens durch die allgemeine Elektrisation mit der intensiven Einwirkung der elektrischen Strömungen auf den Stoffwechsel, welche eine bessere Ernährung des Organismus, eine Hebung des Kräftezustandes und der Lebensenergie, Verminderung der Harnsäure

[1] Dieselbe wurde vom Mechaniker L. Schulmeister in Wien nach meinen Angaben konstruiert.

und Erhöhung des Harnstoffgehaltes des Urins etc. erzielen sollen. Aber auch nach dieser Richtung hin angestellte Versuche gaben uns vollständig negative Resultate. Allerdings ist unser Versuchsmaterial nicht grofs, und es ist möglich, dafs sich bei längerer Erfahrung doch vielleicht irgend ein wesentlicher Nutzen von dieser Behandlung bei derartigen Affektionen ergeben wird. Immerhin mufs ich doch betonen, wie ich es schon in meiner Monographie über die physiologischen Wirkungen der Funkenentladungen that, dafs nach meiner Ansicht die eigenartige Irritation der Haut durch die bei allen diesen Apparaten überall ausströmenden stillen Entladungen, namentlich wenn sie sich über gröfsere Flächen erstreckt, eine wesentliche Ursache der günstigen Wirkungen dieser Behandlung bei inneren Affektionen ist, dafs ich glaube, dafs der histologisch nachweisbare vermehrte Füllungszustand der Hautgefäfse in grofsen Gebieten keinesfalls ohne Einfluſs auf die übrige Blutverteilung im Körper sein, dafs die dadurch herbeigeführte Entlastung blutreicher innerer Organe, die wenn auch vielleicht nur geringfügige Modifikation in der Wärmeproduktion derartige günstige Beeinflussungen und Heilerfolge plausibel machen dürfte. Diese Hautirritation spielt ja auch bei der oft erfolgreichen Behandlung derartiger krankhafter Zustände mit Wasser oder Licht eine grofse Rolle. Aber diese Irritation ist bei der Allgemeinbehandlung aufserordentlich geringfügig. Da nach der Ansicht der meisten Physiker diese Elektricität nicht in das Innere des Körpers dringt, sondern sich an der Oberfläche ansammelt, so könnte man von physikalischen Erfahrungen aus nur vermuten, dafs die durch ein grofses Solenoid zirkulierenden Ströme auf einem in der Mitte des ersteren befindlichen Objekte durch Induktion oder durch Erwärmung Wirkungen hervorbringen. Zur Untersuchung dieser Frage machte ich folgendes Experiment mit Bakterien, welche ich aus dem Grunde als Testobjekt wählte, weil sich bei diesen ein allfälliges Resultat mit gröfserer Exaktheit beurteilen läfst, als an dem komplizierten Organismus eines gröfseren Versuchstieres.

Auf zwei schiefe Agarnährböden in Eprouvetten wurden diffuse Aussaaten von Staphylococcus pyogenes aureus angelegt. Kultur A diente als Kontrolle, die Eprouvette B wurde hingegen im Bereiche des Nährbodens mit 4 Touren eines dicken, gut isolierten Kupferdrahtes umwickelt, dessen Enden an die erste und letzte Windung des D'ARSONVALschen Solenoids befestigt wurden.

Da D'ARSONVAL angiebt, dafs im Innern einer derartigen Spirale eine so intensive Hitze entsteht, dafs das Quecksilber in einem Thermometerreservoir zum Sieden gelangt, stellte ich die Spirale samt der Eprouvette in ein Gefäfs, das mit Eiswasser gefüllt war. Nun wurde der Apparat in Gang gesetzt und die Eprouvettenkultur so der Wirkung der Hochfrequenzströme durch 45 Minuten hindurch ausgesetzt. Ein in das Re-

servoir eingetauchtes Quecksilberthermometer zeigte während der ganzen Zeit 10° C. Sodann wurden beide Eprouvetten (a und b) in den Brutkasten gestellt.

Am nächsten Tage waren beide Nährböden in gleicher Weise diffus und dicht mit Kolonien bewachsen.

Nach diesem Versuche kommt mithin der Induktion durch Hochfrequenzströme keine wesentliche baktericide Wirkung zu.

Auch Denoble konstatierte wenig baktericide Wirkung der Hochfrequenzströme.

Carvalho konnte bei seinen Versuchen über die physiologischen Wirkungen der Hochfrequenzströme durch Autokonduktion ebensowenig eine Veränderung des Blutdruckes konstatieren, wie irgendwelche motorische oder sensible Reaktion. Wohl aber war dies der Fall, wenn sehr starke Ströme direkt auf die Haut appliziert wurden. Querton konnte durch Autokonduktion nicht die geringste Änderung in der Produktion von Kohlensäure konstatieren. Guilloz beobachtete keine Vermehrung der Sauerstoffaufnahme durch Autokonduktion. Mit diesen theoretischen Befunden stimmen auch die praktischen Erfahrungen T. Cohns, Loewys, Doumers, Oudins u. a. überein, welche von der d'Arsonvalisation keinen grofsen Einfluſs bei Diabetes, Arthritis und Obesität konstatierten. Hingegen wird von den meisten Experimentatoren die dekongestionierende Wirkung der direkten Applikation hervorgehoben. Auch wir verfügen über ähnliche Erfahrungen. Wir erzielten z. B. durch Autokonduktion nicht den geringsten Effekt bei Nervenaffektionen, während die lokale Applikation sich beispielsweise bei lancinierenden tabetischen Schmerzen oder anderen Neuralgien bisweilen als nützlich erwies.

Ähnlich verhält es sich mit der allgemeinen Franklinisation (Behandlung mit statischer Elektricität). So konnte z. B. Yvon bei seinen Untersuchungen über die Wirkungen der statischen Elektricität in Bezug auf die Ausscheidungen von Harnstoff und Phosphorsäure, sowie auf die respiratorischen, zirkulatorischen und chemischen Verhältnisse keine wesentliche Beeinflussung dieser Vorgänge nachweisen.

Einer Erklärung bedarf noch die auffallende Thatsache, daſs Ströme von so hoher Spannung so geringen Eindruck auf die sensiblen Nerven machen. Man hat zur Erklärung dieses Verhaltens den Umstand herangezogen, daſs die sensiblen Nerven nur Stromwechsel bis zu einer bestimmten Frequenz zu percipieren vermögen; geht die Frequenz über diese Grenze hinaus, dann ist sie für die Nerven ebenso eindruckslos, wie die Lichtstrahlen, welche eine höhere Schwingungszahl besitzen als jene, die zur Lichtempfindung nötig ist, keine Lichtempfindung im Sehnerven hervorrufen.

Nach meinem Dafürhalten ist eine solche Annahme nicht vonnöten.

Wenn man den Primärstrom eines FARADAYschen Induktionsapparates nicht mit NEEFschem Hammer, sondern mit einem Motorunterbrecher aufserordentlich schnell hintereinander öffnet und schliefst, so kann man durch Applikation des so induzierten frequenten Wechselstromes kräftige Muskelkontraktionen herbeiführen, ohne dafs der Elektrisierte die geringste Empfindung einer Elektrisation hätte (BISSERIÉ). In diesem Falle induziert ein Strom von bestimmter Intensität und Spannung eine gewisse Anzahl von Wechselströmen von gleichfalls bestimmter Höhe und Spannung. Wenn wir bei gleicher Primärspannung und gleicher Schnelligkeit der Unterbrechungen die Zahl der letzteren vermindern, dann ist die an den Polen der Sekundärspule auftretende Spannung eine höhere, d. h. mit anderen Worten, der Induktionsstrom hat, da ja der Widerstand seines Stromkreises nicht vermindert worden ist, gröfsere Intensität als früher; da meine Versuche auf Bakterien zeigten, dafs bei höherer Intensität intensivere Wirkungen erzielt wurden, wäre zu erwarten, dafs durch Herabsetzung der Unterbrechungszahl des primären Stromes auch stärkere physiologische Effekte, in diesem Falle also eine Empfindung der Entladung, herbeigeführt werden. Dies ist thatsächlich der Fall. (Vielleicht eignen sich aus diesem Grunde für Röntgenbehandlung eher langsamere Unterbrechungen, als die ganz schnellen.) Umgekehrt wäre zu erwarten, dafs bei Erhöhung der Intensität des Hochfrequenzstromes, etwa durch entsprechende Wickelung der Spulen, auch die physiologischen Wirkungen bedeutend intensiver wären, ja vielleicht sogar bedenkliche Folgen haben könnten. CHATZKY glaubt zwar, dafs, wenn sich auch die statische Elektricität nur an der Körperoberfläche anhäuft, doch immerhin alle in der Therapie üblichen Franklinisationsmethoden mit einem Durchtritte der Elektricität durch den ganzen Körper verbunden seien und dafs dadurch Entwickelung von Wärme und elektrolytische Vorgänge im Innern des Körpers ausgelöst würden. Dieser Ansicht ist jedoch TRIPIER nicht; er sieht vielmehr in den Wirkungen auf vasomotorische, sekretorische und sensible Nerven das Wesentliche bei dieser Methode, welche hauptsächlich durch reflektorische Erregung der Vasomotoren repulsiv und ableitend wirkt. Der Ansicht, dafs eventuelle Wirkungen der Elektricität auf den Gesamtorganismus auf dem Wege des Nervensystems zu stande kommen, stimmen wir bei. Aber auch wir glauben, dafs eine ausgiebige elektrolytische Wirkung in den tieferen Gebilden des Körpers wenig wahrscheinlich sind. Denn, wie bereits erwähnt und aus meinen Präparaten ersichtlich ist, erschöpft sich die Wirkung der Spannungselektricität bei Abschwächung der Intensität sehr bald an der Oberfläche.

Übrigens empfehlen sowohl CHATZKY als auch TRIPIER die direkte Applikation mittels des Funkens, des elektrischen Büschels und durch Einführung sondenförmiger Elektroden in die Körperhöhlen zum kranken Organe.

Wie aus dem Gesagten ersichtlich ist, scheint es mir, dafs man von der allgemeinen Elektrisation der Hautkrankheiten wenig Erfolg erwarten darf. Die zweckmäfsigste Applikationsweise der Spannungselektricität scheint mir die direkte Funkenentladung zu sein, die man durch gröfsere Entfernung von der kranken Hautstelle nach Bedarf in die Büschel- oder stille Entladung überführen kann. Will man energischer und schneller wirken, z. B. bei hartnäckigen, circumscripten und tiefsitzenden Prozessen, dann wird man direkte Funken schlagen lassen. Der anfangs hierbei ziemlich heftige Schmerz läfst bald nach und kann auch durch Kokainisierung vermieden werden. Handelt es sich darum, flächenhafte oder über grofse Gebiete ausgedehnte Affektionen zu behandeln, dann wird man die dem Patienten angenehmere Applikation der Büschelentladungen oder den elektrischen Wind wählen und die geringere Intensität und Tiefenwirkung derselben durch längere Sitzungen zu kompensieren streben. Da neben der Hochspannung auch die Intensität einen hohen Einfluſs auf die Qualität dts Heileffektes hat, so wird derjenige Apparat der zweckmäfsigere sein, welcher bei gleich hoher Spannung und Schnelligkeit der Aufeinanderfolge der Entladungen auch höhere Intensitäten produziert. Von diesen Gesichtspunkten betrachtet erscheinen die faradischen Induktorien als sehr wenig wirksam. Bei der Manipulation mit diesem Apparat wird daher die Dauer der Behandlung die Schwäche der Einwirkung zu kompensieren haben. Bei der statischen Maschine ist die Intensität schon höher und auch bei entsprechend konstruierten (gewickelten) Ruhmkorffschen Induktorien dürften ganz erhebliche Intensitäten erzielbar sein. Auch die d'Arsonval-Oudinschen Apparate erscheinen zu diesem Behufe zweckmäfsig. In diesem Falle dürfte die aufserordentlich grofse Zahl der schnell aufeinander folgenden Entladungen den geringen Effekt der einzelnen so stark erhöhen. So berichtet Oudin, dafs mit den Entladungen seines neuen Doppelresonators Verschorfungen der Haut und Schleimhäute erzielt wurden. Dort, wo ein Röntgensches Instrumentarium vorhanden ist, wird man die Spannungselektricität leicht mit dem Funkeninduktor und meiner Elektrode für unipolare Polentladungen erzeugen können.

Bisher wurden nur die Wirkungen der Spannungselektricität als solcher in Betracht gezogen. Es mufs aber noch berücksichtigt werden, dafs die Entstehung von Funkenentladungen noch mit anderen physikalischen Phänomenen verbunden ist, denen man eine physiologische Wirksamkeit nicht absprechen kann.

In meiner Arbeit über die physiologische Wirksamkeit der Funkenentladungen wies ich mit Bezug auf die Untersuchungen E. H. Cooks, welcher in Büschelentladungen ultraviolettes Licht nachwies, darauf hin, dafs man es bei der Behandlung mit Spannungselektricität (welche ich bei der Röntgenbehandlung für den allein wirksamen Faktor auffafste) mit

einer Kombination dieser Therapie mit der Lichtbehandlung zu thun hätte. Einige Monate darnach erschien eine Arbeit von STREBEL in München, in welcher dieser den thatsächlichen Beweis brachte, daſs das intensive, vom Induktionsfunken ausstrahlende ultraviolette Licht Bakterien in kürzester Zeit vernichtet. Seit längerer Zeit stelle ich in der k. k. graphischen Lehr- und Versuchsanstalt in Wien mit Unterstützung des Herrn Direktors Hofrates Professor Dr. J. M. EDER und unter Anleitung und fachmännischer Mitwirkung des Professors EDUARD VALENTA Versuche an, welche zeigen sollen, bis zu welchem Grade die frische und eingetrocknete Epidermis, das Blut, das Glas und das Kupferoxydammoniak den ultravioletten Strahlen den Durchgang gestatten. Diese Versuche, welche an anderer Stelle ausführlich beschrieben werden, ergaben, daſs die Haut für einen beträchtlichen Teil des ultravioletten Spektrums durchgängig ist, daſs mithin dem Übertritt der wirksamen blauen, violetten und einem Teile der ultravioletten Strahlen in das Corion zu dort befindlichen Krankheitsherden kein wesentliches Hindernis entgegensteht.

Ein anderer wirksamer Faktor, dessen Auftreten bei jeder Funkenentladung zu konstatieren ist, ist der Ozon. LABBÉ und LAGRANDE, HÉNOCQUE, OUDIN u. a. wiesen nach, daſs unter dem Einfluſse desselben das Oxyhaemoglobin, die Zahl der roten Blutkörperchen vermehrt wird, der Blutdruck steigt und der Stoffwechsel reger wird und daſs pathogene Mikroorganismen durch ozonisierte Luft in kurzer Zeit vernichtet werden. Auch diese Kraft verdient gewiſs eingehende Beachtung.

Die Spannungselektricität bildet auch einen Faktor in einer anderen Behandlungsmethode, der Röntgentherapie. Inwieweit sich zwischen diesen beiden Gegenständen Berührungspunkte ergeben, sei mir hier zu erwähnen gestattet. In meiner Arbeit „Ein mit Röntgenstrahlen behandelter Fall von Naevus pigmentosus pilosus“ berichtete ich über Versuche, welche den wirksamen Faktor in dieser hier zum erstenmale angewendeten Therapie feststellen sollten. Diese Versuche führten mich zu der Annahme, daſs es wirklich die Röntgenstrahlen selbst sind, welche die interessanten Effekte auf der Haut hervorbringen. Ein Vergleich mit den Effekten der Spannungselektricität zeigte später zahlreiche Analogien, und als mir ein Bakterienversuch mit isolierten Röntgenstrahlen gerade so negative Ergebnisse lieferte wie ein diesbezüglicher Versuch auf der Haut WOJCIKOWSKYS, gab ich meiner Ansicht Ausdruck, daſs die Spannungselektricität, welche unzweifelhaft ähnliche Wirkungen wie die Röntgenbestrahlung hat, das wirksame Moment in letzterer Behandlungsmethode sei. STRANTTER und KIENBÖCK betonten nun im Vorjahre die von mir und SCHIFF schon früher publizierte, aber dann weniger beachtete Thatsache, daſs weiche Vacuumröhren intensiver wirken als harte. Ich muſs auf Grund mehrfacher Nachprüfungen zugeben, daſs ich in letzter Zeit bei einer

Anzahl von Fällen mit weichen Röhren thatsächlich intensive Reaktionen herbeiführte; das würde doch für eine eventuelle Wirkung der Röntgenstrahlen als solcher, resp. der durch sie provozierten sekundären physikalischen Phänomene (Fluorescenzlicht) sprechen. Doch bin ich mit der Prüfung dieser Frage noch beschäftigt, so dafs ich nicht in der Lage bin, meine Anschauung endgültig zu formulieren.

Eine Reihe von Umständen macht es mir aber unzweifelhaft, dafs auch die Spannungselektricität an den durch diese Behandlung erzielten Erfolgen einen grofsen Anteil hat. Zunächst widerspricht schon die Thatsache, dafs die Röntgenstrahlen ihre Entstehung einer Transformation elektrischer Energie verdanken, der Annahme, dafs die Rolle der Elektricität bei dieser Therapie unwesentlich sei. Ein weiteres beweisendes Moment hierfür ist, dafs die Verwendung schnell gehender Unterbrecher die Behandlung durchaus nicht beschleunigt; im Gegenteile scheint es mir, als ob eine langsamere Unterbrechung der induzierenden Ströme wirksamer sei. Mit der Annahme, dafs es sich um blofse Röntgenstrahlenwirkung handle, würde dieser Umstand nicht übereinstimmen, denn je mehr Unterbrechungen erfolgen, desto mehr Röntgenstrahlen werden produziert. Die Annahme der Spannungselektricität als wirksame Kraft macht diese Thatsache begreiflicher; durch langsamere Unterbrechungen steigt die Intensität der Entladung, und von der Intensität ist, wie wir gesehen haben, der physiologische Effekt in hohem Grade abhängig.

Jeder, der mit Röntgenstrahlen gearbeitet hat, wird zugeben, dafs die Irritation der Haut beim Zustandekommen der Effekte von grofser Bedeutung ist. Eine Reihe von Beobachtungen, welche jedes Radiograph zu machen in der Lage ist, zeigen, dafs die Röntgenstrahlen unmöglich allein das irritierende Moment sein können. Ich verweise auf die Konjunktivitiden, die bei den meisten Patienten hinter den Bleimasken auftreten, also Entzündungen an Stellen, wohin Röntgenstrahlen wegen des undurchdringlichen Schirmes absolut nicht gelangen können. Ich verfüge über eine Beobachtung, welche in unzweifelhafter Weise auf die Spannungselektricität als irritierendes Moment hinweist. Eine wegen Hypertrichose des Gesichts behandelte Patientin behielt nach der ersten Hauptbehandlung eine derartige Irritabilität der Haut am Kinn gegen die Röntgenbestrahlung zurück, dafs schon einzelne ganz kurze Sitzungen daselbst Erytheme provozierten, welche oft mehrere Wochen zum Verschwinden brauchten. Ich suchte die heiklen Stellen durch dicke Bleimasken gegen die X-Strahlen zu schützen, doch half dies nichts. Ich riet nun der Kranken, jedesmal während der Behandlung der übrigen Gesichtspartien ein mit Paraffinsalbe bestrichenes Leinwandläppchen unter der Maske auf das Kinn zu applizieren und von diesem Tage an war dieses Hindernis in der Behandlung beseitigt. Gegen die X-Strahlen, welche übrigens wegen der Blei-

masken zu dem Kinn gar nicht gelangen konnten, wäre die dünne Paraffinschichte wohl wenig wirksam gewesen; als vorzügliches Isolationsmittel verhinderte sie aber ein Übertreten von Spannungselektricität. Wurde die Salbe weggelassen, dann trat neuerdings Reaktion auf, wurde sie wieder appliziert, dann ward jedes unerwünschte Vorkommnis vermieden. Für Elektricitätswirkung sprechen die unzweifelhaften von zahlreichen Autoren, z. B. Neisser, Destot, Kaiser, Zechmeister, Oudin, Barthélemy u. a. festgestellten Wirkungen harter Röhren, also von Röhren, welche sehr wenig X-Strahlen, aber aufserordentlich viele Spannungselektricität abgeben. Für Elektricitätswirkung sprechen die analogen histologischen Veränderungen in röntgenisierter und mit bloſsen Funkenschlägen behandelter Haut. Gegen X-Strahlenwirkung spricht die von Hahn, Stenbeck u. a. unzweifelhaft festgestellte Thatsache, daſs die Haut durch ganz dünne Pappemasken vor der Wirkung intensivster Bestrahlung, selbst mit weichen Röhren, geschützt wird.

Von welcher Wichtigkeit für das Zustandekommen der physiologischen Effekte der Röntgenbehandlung die Spannungselektricität ist, zeigt folgender Versuch, den ich in jüngster Zeit anstellte. Ein überaus intensiver Fall von Hypertrichosis beider Wangen und des Kinnes wurde in der Weise in Behandlung genommen, daſs die rechte Wange zunächst 20 Minuten mit den von meiner Elektrode ausgehenden intensiven stillen Entladungen behandelt wurde, darnach aus 15 cm Entfernung durch 15 Minuten mit Röntgenstrahlen, welche von einer ganz weichen Röhre ausgingen, die man, ohne einen elektrischen Schlag zu erhalten, angreifen konnte. Die linke Wange wurde bloſs dieser weichen Röhre 15 Minuten hindurch und in gleicher Distanz exponiert. Man könnte also kurz, wenn auch nicht ganz korrekt, sagen: Es wurde die rechte Wange mit X-Strahlen und elektrischen Entladungen, die linke Wange bloſs mit X-Strahlen behandelt. Dieses Verfahren wurde täglich eingeschlagen und schon nach sechs Tagen zeigte die rechte Wange deutliche Spuren einer Reaktion, die Haare fielen aus, es trat intensives Erythem u. dergl. auf. Auf der linken Wange war noch immer nichts zu bemerken. Ich bestrahlte diese Wange noch 8 mal, dann trat erst leichtes Erythem und Bräunung der Haut auf und nach einer weiteren Woche fielen die Haare aus. Die Reaktion auf dieser Seite verlief aber während der ganzen Zeit bedeutend schwächer als auf der rechten Seite. Diesen Versuch wiederholte ich bei zwei anderen Patientinnen mit demselben Erfolge. Stets trat an der mit Spannungselektricität und X-Strahlen behandelten Seite in wenigen Tagen die Reaktion und der Haarausfall ein, und zwar ist die Reaktion ganz ausgeprägt und gleichsam graphisch an denjenigen Stellen am meisten sichtbar, welche von den Entladungen am intensivsten getroffen worden waren. Dieselben erscheinen lebhaft rot und von einem hellen Hof um-

geben. Die übrige Haut zeigt das gewöhnliche leicht pigmentierte und erythematöse Kolorit der beginnenden Röntgenreaktion. Die Vereinigung beider Methoden beschleunigte auch bei lupösen Geschwüren den Eintritt der Reaktion und des Überhäutungsprozesses.

Sollte sich dieses Verfahren weiter bewähren, dann hätten wir in demselben durch Verwendung der X-Strahlen, der Spannungselektricität und der ultravioletten Strahlen des Entladungsfunkens gleichsam eine wirksame Kombination aller drei Methoden.

Wenn wir die physiologischen und klinischen Ergebnisse der Behandlung mit Spannungselektricität überblicken, so werden wir konstatieren, daſs diese Methode im allgemeinen ähnliche Vorzüge besitzt wie die Röntgentherapie, daſs sie die Anwendung von Salben, Pflastern und Verbänden entbehrlich macht, wenig Schmerzen verursacht u. s. w.; wir haben gesehen, daſs sie schätzenswerte Eigentümlichkeiten (z. B. die baktericide, austrocknende und juckenmildernde Wirkung) besitzt, welche bei verschiedenen Hautaffektionen Nutzen bringen; wir haben aber auch gesehen, daſs diese Wirksamkeit keineswegs einen so hohen Grad hat und so unfehlbar ist, daſs sie die bisher üblichen und bewährten Behandlungsmethoden entbehrlich machen könnte. Immerhin werden wir ein Verfahren, welches unseren therapeutischen Hülfsschatz unzweifelhaft bereichert, gebührend beachten und wünschen, daſs demselben die Vervollkommnung und der wissenschaftliche Ausbau zu teil werde, deren es noch in hohem Grade bedarf.

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium zu Hamburg.

Eine neue, chemisch-elektive Doppelfärbung für Plasmazellen.

Vorläufige Mitteilung.

Von

Dr. A. Pappenheim.

Ich habe seinerzeit eine Methylgrün-Pyroninmethode als ein Reagens für Lymphocyten im Deckglaspräparat empfohlen (*Centralbl. f. Bakter.* 1900. XXVIII, S. 403; s. a. *Virchows Arch.* 1901. CLXIV, S. 111). Zahlreiche mündliche und schriftliche Mitteilungen seitens meiner Kollegen lassen mich ersehen, dafs diese Methode sich zu bewähren und einzubürgern scheint (Sabrazès, O. Israel, Leonor Michaelis, Bloch u. a.). Dr. Franz Müller (Zuntz' physiol. Laboratorium der landwirthschaftlichen Hochschule, Berlin) wollte die Methode auf Knochenmarkslymphocyten im Schnitt anwenden, scheiterte aber daran, dafs das Pyronin im Alkohol völlig extrahiert wird.

Meine augenblicklichen Untersuchungen betreffen das Verhältnis der Plasmazellen zu den Lymphocyten, wobei es sich u. a. für mich auch darum handelte, nachzusehen, ob auch die Plasmazellen jene tinctorielle Lymphocytenreaktion gaben. Es mufste mir deshalb darum zu thun sein, die Methylgrün-Pyroninmethode auch für Schnittpräparate zugänglich zu machen. Hierbei fand ich F. Müllers briefliche Angaben leider vollauf bestätigt.

Ein Ausweg fand sich indefs in der nachträglichen Beizung und Fixation, wodurch der aufgenommene Farbstoff bezw. die erhaltene Doppelfärbung alkoholfest gemacht wird. Nach vielfachen vergeblichen Bemühungen und praktisch wenig brauchbaren Resultaten erhielt ich ein sehr zufriedenstellendes Bild bei Verwertung des Resorcins in alkoholischer Lösung. Wir wissen durch Unna, Speck u. a., dafs der Glycerinäther zwar ein sehr handliches Differenzierungsmittel ist, aber keineswegs als absolut erforderliches Ingredienz zur Darstellung von Plasmazellen zu gelten hat. Herr Dr. Unna selbst hat in der That die ihm von mir vorgelegten Bilder als eine vorzügliche Darstellung von Plasmazellen anerkannt und dieser Färbung sogar für solche Fälle vor seiner Methylenblaufärbung den Vorzug gegeben, wo es nicht darauf ankommt, die besondere feinere Struktur des Granoplasmas und dessen mannigfache Degenerationen zu studieren, sondern den Beweis der Existenz von wenig

Granoplasma neben relativ viel Kernsubstanz zu führen. Dieser Beweis war bisher wegen der gleichmäfsig blauen Farbe der Kerne und Protoplasmasäume bei singulärer Färbung häufig schwer zu erbringen. Sodann ist als ein Vorzug dieser Methode zu betrachten, dafs sie sich vorzüglich zu Übersichtsbildern eignet, wenn nur sehr geringe Mengen von Plasmazellen im Gewebe vorkommen, um diese schon mit schwacher Vergröfserung ausfindig zu machen; man braucht eben nur auf die rot gebliebenen Stellen einzustellen. Das Resorcin befestigt das Pyronin nur an den Orten seiner chemischen Prädilektion; aus den übrigen Substraten wird es durch den Alkohol ausgewaschen.

Die Färbung ist nach folgender Vorschrift vorzunehmen.

Farblösung und Differenzierungsmittel sind jedesmal frisch zu bereiten.

1. Man gebe in eine Eprouvette 1—2 Federmesserspitzen Methylgrün, 3—4 Federmesserspitzen Pyronin in Substanz, und stelle eine mäfsig konzentrierte Lösung von unserem Gemisch her durch Auffüllen der Eprouvette mit Aq. dest. bis etwa zur Hälfte, d. h. bis die Lösung deutlich violett erscheint ohne aber durchsichtig zu sein. Ein Fleck auf Fliefspapier mufs ein rotviolettes Centrum und einen leuchtend grünen Rand besitzen.

In dieser Lösung wird ca. 5 Minuten lang gefärbt.

2. Kurzes Abspülen in Wasser, bis eben fluorescierende (Pyronin) Wolken abzugehen beginnen.

3. Differenzieren in Resorcinalkohol, bis kein roter Farbstoff mehr abgegeben wird. (Auf eine 1/4 Eprouvette absoluten Alkohol werden 2—3 Spatelspitzen Resorcin zugefügt.)

4. Kurzes nochmaliges Durchführen durch Alc. abs.

5. Bergamott-, Lavendel- oder Rosmarinöl.

6. Einbetten in Balsam oder Lack.

Die Kerngerüste der Plasmazellen sind blauviolett, ihr centrales Kernkörperchen rot; desgleichen ist ihr Protoplasma leuchtend purpurrot und läfst bei Ölimmersion das krümelige Granoplasma deutlich erkennen. Die Granulationen der Mastzellen sind orangegelb.

Über die mittelst dieser Färbemethode hinsichtlich der Natur der Plasmazellen gewonnenen weiteren Resultate soll an anderem Orte berichtet werden. Die betreffenden Präparate werde ich auf der diesjährigen Naturforscherversammlung in Hamburg demonstrieren.

Hamburg, Anfang Mai 1901.

Versammlungen.

VII. Kongreſs der Deutschen dermatologischen Gesellschaft.

Breslau, 28.—30. Mai 1901.

Originalbericht von Dr. Hopf, Spezialarzt für Hautkrankheiten zu Dresden.

Mit wirklicher Genugthuung vermag die Deutsche dermatologische Gesellschaft auf ihre soeben stattgefundene siebente Zusammenkunft zurückzublicken. Die Stätte der Tagung war für eine ersprieſsliche Thätigkeit wie geschaffen, standen doch für die Krankendemonstrationen und Diskussionen die schönen Räume der Breslauer Hautklinik zur Verfügung, die als dermatologisches Universitätsinstitut wahrhaft vorbildlich dasteht, während zu den Projektionen der prächtige Hörsaal des physiologischen Instituts, das bis auf die durch Accumulatoren getriebene Verdunkelungsvorrichtung musterhaft installiert ist, bereit stand. Das hervorstechendste Moment des Breslauer Kongresses war die thunlichste Beschränkung aller Vorträge und die Betonung der Demonstration mit Anschluſs kurzer, nur den Kern der Fälle herausschälender Diskussionen. Vor Beginn der Sitzungen stand ein auſserordentlich wichtiges Krankenmaterial, um dessen Herbeischaffung vor allem Neisser und die Breslauer Dermatologen, dann aber auch auswärtige Fachkollegen, wie Finsen, Schiff und Freund, sowie andere sich verdient gemacht haben, zur Besichtigung und Untersuchung bereit. Jeder Kranke trug eine kurze Krankengeschichte mit Diagnose, Therapie und wichtigsten klinischen Anhaltspunkten in der Hand, während in den Nebenräumen die mikroskopischen Bilder erläutert wurden. Auch nach Schluſs der Sitzungen blieben diese Kranken, welche nach Krankheitsentitäten und -Bildern in Gruppen geordnet waren, zur weiteren Untersuchung zur Verfügung, während die markantesten Fälle innerhalb der Sitzungen demonstriert wurden. Da sich an die meisten derselben nur eine ganz kurze Diskussion anschloſs, so lieſs sich in der That erstaunlich viel zeigen, und mit Recht konnte ein Veteran unserer Disciplin sagen, daſs er noch auf keinem Kongresse so wenig gehört, aber so viel gesehen und so viel gelernt hätte. Im Versammlungshause befindet sich bekanntlich auch die jetzt etwa 500 Wachsmodelle umfassende Moulagensammlung, sodaſs man jederzeit in der Lage war, die nötigen Vergleiche zwischen neu vorgestellten und ähnlichen plastisch festgehaltenen früheren Fällen anzustellen.

Das Hauptinteresse konzentrierte sich neben dem mit unendlichem Fleiſse zusammengestellten und ausgearbeiteten Referat Blaschkos über die **Nervenverteilung in der Haut in ihrer Beziehung zu den Erkrankungen der Haut** auf die **Lupusbehandlung mit Röntgenstrahlen und Finsenlicht und auf die Lichttherapie überhaupt.** Was die Heilung des Lupus betrifft, so war die allgemeine Stimmung der Finsentherapie am günstigsten. Lieſs doch Professor Finsen aus Kopenhagen 10 Kranke vorstellen, welche wirklich kosmetisch ausgezeichnete Resultate repräsentierten. Zur Kontrolle trug jeder der Patienten seine Photographie, wie sie vor Beginn der Verhandlung aufgenommen worden war, bei sich. Von gröſstem Werte bei den Finsenschen Fällen war die Dauer der Heilung, welche überall mehr als ein Jahr zurückdatierte. Jedenfalls vermochten diese Heilerfolge über die Kostspieligkeit der Behandlung infolge der langen Dauer derselben und infolge der teuren Preise der Apparate zu trösten. Auch die Röntgentherapie vermochte recht gute Effekte in der Lupustherapie aufzuweisen und Schiff stellte mit Freund einige

Kranke vor, bei denen — zum Teil war auch die Mucosa lupös erkrankt — augenblicklich alle lupösen Erscheinungen geschwunden waren. Ob wir es aber mit definitiven Heilungen zu thun haben, vermag erst eine weitere Beobachtung der Kranken zu ergeben. Treten keine Rezidive auf, so muſs man in Anbetracht der erzielten guten kosmetischen Resultate ebenfalls von einem Fortschritt in der Lupusbehandlung sprechen. Neisser steht der Radiotherapie des Lupus noch recht unbefriedigt gegenüber. In seinem reichen Lupusmaterial waren auffallend viel Röntgenulcerationen zu bemerken. Das erklärt sich daraus, daſs das Breslauer Material der Klinik natürlich stark vernachlässigte Fälle von Lupus umfaſst und infolgedessen auch eine sehr energische Bestrahlung der Haut mit X-Strahlen erforderlich ist. Schiff und Lion betonen, daſs die Mucosa ebenso leicht, wenn nicht leichter, auf die Röntgenstrahlen reagiert, als die äuſsere Haut. Lion beobachtete sogar das Auftreten der Schleimhautreaktion bei cutaner Bestrahlung vor Auftreten einer Reaktion der äuſseren Haut Freund giebt folgende fünf Anhaltspunkte für die Radiographie, mit der er und Schiff übrigens auch bei Favus, Sykosis und Hypertrichosis Erfolge erzielt haben: Sobald eine gewisse Turgescenz der Haut, bei Gesichtsbestrahlung ein volleres, gesundes Aussehen auftritt, die auf einer serösen Durchtränkung beruht, sobald die Haare sich lockern, Pigmentverschiebungen und erythematöse Rötungen auftreten, sobald sich schlieſslich Brennen, Jucken und Spannungsgefühl bemerkbar machen, soll man mit der Radiographie aussetzen. Lion-Mannheim berichtet über Heilungen aus der Neisserschen Klinik von Lupus erythematosus, Favus und Sykosis. Bei Lupus vulgaris verlangt die Breslauer Schule — und um dauernde Erfolge bei Sykosis zu erzielen, besteht dasselbe Erfordernis — Röntgenwirkung mit starker Reaktion bis zum Auftreten des sogenannten Röntgenschorfs. Kienböck-Wien will die ganze nötige Dose Röntgenlicht gleich auf einmal geben, wovor jedoch die meisten Redner dringend warnen. Georg Müller-Berlin rät ab, akute Fälle von Lupus erythematosus zu radiographieren; er hat einmal in solchem Falle rapide Generalisation der Affektion beobachtet. Auch hält es Redner nicht für erforderlich, bei gewöhnlicher Bartflechte bis zur Narbenbildung zu bestrahlen. Sehr lehrreich waren die Vorführungen verschiedener Röntgenröhren am Vormittag des Schlufstages im physiologischen Institut; Scholtz-Breslau erläuterte die Unterschiede in der Brauchbarkeit harter und weicher Röhren. Schiff empfiehlt zur Durchleuchtung weiche, für Behandlung harte Röhren. Sternthal-Braunschweig zeigt modifizierte Röhren zur Bestrahlung kleiner, cirkumskripter Lupusherde, wie sie besonders für die Schleimhautbehandlung wertvoll werden dürfte. Auch der Arzt selbst, der mit Röntgenstrahlen operiert, muſs sehr vorsichtig sein, denn bei längerer Beschäftigung mit der Radiographie zeigen sich, wie Hahn-Hamburg betont, allerlei unangenehme Erscheinungen. Die Nägel der Finger werden dünn, brüchig, längsgefurcht, am freien Ende gekrümmt, die Gesichts- und Halshaut wird trocken und verhornt. Demgegenüber bemerkt Freund, daſs er und Schiff an sich niemals unangenehme Beobachtungen gemacht haben. Strebel-München erläuterte unter Verweis auf seine Abhandlung im gedruckten Kongreſsbericht seine Bestrebungen, an Stelle des Finsenschen Voltabogens oder der Sonne das Licht des Induktionsfunkens aufgespeichert therapeutisch zu verwenden, welches an ultravioletten Strahlen besonders reich ist. Weitere Untersuchungen müssen den Wert dieser billigen Methode für die Therapie erhärten. Das Durchdringen der Epidermis und die baktericide Wirkung dieses Lichtes ist durch Strebel jedenfalls festgestellt worden. Bang-Kopenhagen vermag in den angegebenen Apparaten der Röntgen- und Funkenlichttherapie keine Verbesserungen gegenüber dem Finsenlicht zu sehen. Er bemerkt, daſs bei diesem nicht die baktericide, sondern die entzündungserregende Wirkung die Hauptsache sei. Des weiteren demonstriert Kurella-Breslau die Methode der Arson-

valisation an prächtigen Apparaten. Pielicke berichtet über therapeutische Versuche, die an der Lassarschen Klinik in dieser Richtung angestellt worden sind. Die von Kurella betonte und auf Sinken des Blutdrucks beruhende antipruriginöse Wirkung der Arsonvalschen Strahlen konnte er in seinen Fällen nicht konstatieren. Auch Freund bezweifelt, ob den Strahlen die von den Franzosen so gerühmte Wirksamkeit zukommt. Eine irgendwelche Wirkung sei nicht zu verkennen, ja es habe sogar die Spannungselektricität an den Erfolgen der Röntgentherapie einen bestimmten Anteil. Im Laufe der Diskussion stellen sich die Meinungen als geteilt heraus, ob man es bei den X-Strahlen mit bloßer Lichtwirkung oder auch mit daneben hergehenden Einflüssen von Spannungselektricität zu thun habe. Was das Blaschkosche Referat über die Nervenverteilung in der Haut in ihrer Beziehung zu den Erkrankungen der Haut betrifft, so stellte sich diese Arbeit, welche dank der Unterstützung aus der Gesellschaftskasse auch äußerlich in vornehmem Gewande erschien, als eine äußerst wertvolle Arbeit heraus. Blaschko hat das Verständnis durch Beifügung illustrierter Tafeln und Abbildungen von einschlägigen Fällen in dankenswerter Weise erläutert. Im definitiven Bericht wird das Werk noch erweitert erscheinen. Wir behalten uns die ausführlichere Besprechung bis dahin vor. Nur die Resultate seien kurz angeführt: 1. Die gliederweise (ein- oder doppelseitige) Anordnung einer Hautaffektion giebt an sich keinerlei Anhaltspunkte für die Annahme einer zu Grunde liegenden nervösen Erkrankung. 2. Bei strich- oder bandförmig angeordneten Hautaffektionen ist ebenso wie bei den linearen Naevis die Möglichkeit eines Zusammenhanges mit nervösen Störungen zwar nicht zu leugnen, doch lassen sich dieselben zum größten Teil durch die Prädisposition gewisser (metameraler) Linien auf der Haut für einzelne Dermatosen ausreichend erklären. 3. Hautaffektionen, die ungefähr die Grenzen eines peripheren oder spinalen Nervenbezirks innehalten, legen den Verdacht einer peripheren, radikulären oder spinalen Erkrankung nahe, um so mehr, wenn die Erkrankung gleichzeitig mit Störungen der Sensibilität im erkrankten Gebiet oder mit anders gearteten nervösen Symptomen einhergeht. Der Herpes zoster beruht stets auf der Erkrankung meist nur eines einseitigen Spinalganglions. Das Übergreifen auf Gebiete von Nachbarspinalnerven kann begründet sein durch Erkrankung mehrerer Ganglien, durch Anastomosen zweier Spinalnerven. Das Bestehen eines myelomeren Zoster (Brissaud) ist nicht wahrscheinlich. Die linearen Naevi verfolgen ein regelmäßiges Linniensystem, wohl das, welches die Leisten des Rete, die Cutispapillen innehalten. Die linearen Naevi stellen metamerale, den einzelnen Dermatomen oder noch wahrscheinlicher Dermatomgrenzen entsprechende Ausschnitte dieses Systems dar. Sie sind Folgen von Entwickelungsstörungen, denen vorhergehende Erkrankungen der Nerven nicht zu Grunde zu liegen brauchen. Lesser betont in der Diskussion, daß nicht alle Fälle von Zoster Erkrankungen der Intervertebralganglien zum Ausgangspunkt haben müssen. Grouven-Bonn führt zur Stützung dieser Ansicht einen Fall eigener Beobachtung an, wo der Herpes zoster erst die Stirn, dann beide Wangen, zuletzt die rechte Wade befallen habe. Buschke-Berlin zeigte eine Anzahl von Mäusen und zwar weißen Mäusen, bei denen er durch Einverleibung geringster Mengen von Thalliumacetat Haarausfall hat erzeugen können, dessen Ähnlichkeit mit der Alopecia areata des Menschen auffallend ist. Veränderungen in der Haut selbst zeigten sich nicht. Nach Buschke beruhen auch die zufällig bei Darreichung von Thallium aceticum beim Menschen auftretenden akuten circumscripten Haarverluste auf einer Wirkung dieses Mittels. Die Haare vermögen sich zurückzubilden; das Überstehen eines Anfalls schützt nicht vor Neuerkrankung, ja die kahlen Stellen scheinen für späteres Befallensein geradezu prädisponiert zu sein. Justus-Budapest empfiehlt dem Vortragenden, bei seinen Versuchen zu beobachten, daß sich das physiologisch im Gewebe vor-

handene Jod sehr gut durch Thalliumsalze nachweisen läßt, mit denen es gelbe Thallojodidniederschläge erzeugt. Ebenso könne man umgekehrt Thallium im Körper nachweisen. Löwenstein würde in diesem Falle den spektroskopischen Nachweis vorziehen. Über den physiologischen Jodgehalt der verschiedenen Körperorgane berichtete Justus-Budapest an der Hand recht instruktiver Skioptikonbilder. Man ersieht daraus, daß Jod in jedem Organe und in fast allen Kernen der Zellen sich vorfindet, ja daß es in der Thyreoidea, der Hypophyse und der Haut auch außerhalb der Zellen vorhanden ist. Hochinteressante Projektionen gab Schäffer-Breslau über den Einfluß von Hitze, Kälte und feuchter Wärme auf Entzündungsprozesse in der Haut. Katgut- oder Seidenfäden wurden durch die Haut von Kaninchen geführt; einmal sterile, einmal mit chemischen Reizen (Höllenstein) armierte, einmal bakteriell infizierte Fäden. Auf anderen Hautstellen des Tieres lagen Kontrollfäden. Es wurden nun heiße Umschläge, feuchte Verbände und Kälte appliziert und die Veränderungen um die Fäden herum in gleichen Zwischenräumen an Hautschnitten studiert. Es zeigte sich dabei der die Entwickelung der Eiterung bezw. Leukocytose geradezu eminent hemmende Einfluß der feuchten Wärme. In gleicher Richtung ebenfalls viel kräftiger als die Kälte wirkt auch der Spiritusverband. Frappant waren Riehls Mitteilungen über seine neue Behandlungsweise von syphilitischen Müttern oder Müttern hereditär-syphilitischer Nachkommen. Während die Statistiken Fourniers, welche unter gleichen Bedingungen angestellt sind, recht ungünstige Chancen für die Geburt lebensfähiger oder gesunder Kinder bieten, ist die Aussicht zufolge der Riehlschen Statistik bei den nach seiner Methode behandelten Müttern beziehentlich Kindern eine ungleich günstigere. Die Prozedur ist die, daß langdauernd hintereinander täglich eine Kugel graue Salbe vor die Portio uteri gelegt, nebenbei aber noch die Inunktionskur ausgeführt wird bis zum Ende der Schwangerschaft. Die meisten Kollegen betonen in der Diskussion, daß sie so schlechte Resultate, wie aus Fourniers Statistik erhelle, überhaupt nicht in ihrer Praxis beobachteten. Gelegentlich der Vorstellung eines Falles Neissers von Sclerodermie violacée faciei bei einem 6jährigen Mädchen entsteht eine Debatte über den therapeutischen Wert des Thiosinamins. Neisser verwendet zur Injektion eine Lösung von 10 Thiosinamin mit 20 Glycerin zu 70 Wasser. Die Erfolge sind zufriedenstellende. Auch das Pflaster wirkt ganz gut. Die spirituösen Thiosinaminlösungen verursachen beim Injizieren lebhafte Schmerzen. Juliusberg-Breslau zeigt einen mit Thiosinamin bedeutend gebesserten Gesichtslupus. Caspary beobachtete glänzende Resultate bei keloiden und hypertrophischen Narben, von anderer Seite wurde dasselbe für Sklerodermie gerühmt. Man giebt jeden zweiten Tag eine Spritze 10—15%iger Lösung. v. Petersen-Petersburg hat leichte örtliche Reaktion beobachtet, dasselbe in stärkerem Maße Herxheimer beim Thiosinaminpflaster. Rille-Innsbruck sah einmal nachher eine Peroneuslähmung auftreten, was Bettmann-Heidelberg auf Alkoholintoxikation von der spirituösen Lösung her zurückführt. Letzterer und Winternitz-Prag sind mit dem Mittel sehr zufrieden. Hochsinger-Wien demonstrierte sehr schöne Röntgenbilder über die mangelhafte Knorpelverknöcherung bei syphilitischen Kindern. Die Knorpelverkalkungszone zeigt sich hier breiter und lichter auf dem Radiogramm wie in der Norm. Ferner zeigt Neisser die Montage eines cirkulären papulösen Exanthems bei einem Schweine, dem 14 Tage vorher nässende syphilitische Papeln unter die Haut eingenäht worden waren. Löwenhardt-Breslau ist es gelungen, den mit dem Urterenkatheter armierten Ureter zu radiographieren, v. Petersen verweist auf den Wert der Radiographie zur Erkennung syphilitischer Knochenerkrankungen, während schon vorher Hochsinger die Bedeutung hervorgehoben hatte, die den X-Strahlen bei der Diagnose der Pseudoparalyse der kleinen Kinder zukommt. Interessante Krankendemonstrationen gab es, wie gesagt,

in Hälle und Fälle. Herausgegriffen seien aus der Menge des Gebotenen folgende Fälle: 1 Pityriasis rubra Hebra (Matzenauer-Wien). Bei dieser Gelegenheit betont Pick-Prag, wie falsch es sei, von einer Dermatitis exfoliativa Brocq zu reden. Schon Ritter habe die Affektion genau beschrieben, wenn bei ihm auch neonatorum hinzugefügt sei. Gegenüber Kaposi betont Pick, dafs eben das Unterscheidungswort neonatorum vielfach weggelassen und dafs dann die Affektion mit dem Brocqschen Namen belegt werde. Caspary-Königsberg verweist auf die von ihm in Strafsburg vorgestellten Fälle der Brocqschen Krankheit. Matzenauer stellt weiter eine Chylorrhoe vor. Bei einem jungen Fräulein entleerte sich aus einer pflaumengrofsen, weichen, flachen Anschwellung der obersten Partie des inneren Oberschenkels ständig eine chylöse Flüssigkeit, die zum Theil auch durch die Vagina abging. Es besteht nicht etwa eine Fistel, sondern ein richtiges Durchsickern durch die Haut. Es sind wohl 60—80 Fälle von Lymphorrhoe, aber nur wenige von wirklich milchiger Absonderung durch die Haut beobachtet worden. Arning-Hamburg bemerkt, dafs man in den Tropen endemische Chylorrhoe sehen kann. Matzenauer demonstriert noch ein **Xanthoma dispersum**, Juliusburg-Breslau eine **kongenitale Keratodermie** der Hände bei einer etwa 60jährigen Dame. Während Ehlers die Diagnose anerkennt — die Krankheit sei identisch mit dem von ihm als Entität beschriebenen Mal de Melilla —, glauben Touton, Matzenauer, Veiel u. a., dafs es sich um ein altes Ekzem von enorm chronischem Verlauf handelt. Geyer-Zwickau stellt zwei universelle Arsenpigmentationen vor mit Arsenkeratom der Palmae, Schäffer-Breslau einen **Naevus lichenoides pruriginosus**, Rauh eine multiple **Hyperkeratosis congenita** am Hals und sämtlichen gröfseren Gelenken (an der Beugeseite), Klingmüller-Berlin eine **Folliculite atrophiante (Pseudopelade) Brocq**. Die Breslauer Klinik zeigt mehrere Fälle mit der neuen Bezeichnung Dermatitis lichenificans. pruriens. Touton bittet, bekannten Prozessen keine neuen Namen zu geben. Löblowitz-Olmütz demonstriert einen schwimmhosenförmigen Naevus giganteus pilosus mit Pigmentsarkom bei einem jungen Manne, Neisser einen 6jährigen Knaben mit Pityriasis rubra pilaris. Jegliche äufsere Therapie und die Darreichung von Arsen seit 3¼ Jahren waren erfolglos. Herxheimer-Frankfurt hält die Devergieschе Krankheit und den Lichen ruber acuminatus für identisch. Gegen diese Auffassung wendet sich die allgemeine Stimmung. Beim Lichen ruber habe man es mit einem Infiltrat zu thun, bei der Pityriasis rubra pilaris mit einer Hyperkeratose. Die Demonstrationen von Apparaten und Instrumenten brachten nicht viel Neues. Im grofsen und ganzen war der Breslauer Kongrefs ein Schufs ins Schwarze. Auf die Arbeiten näher einzugehen, bleibt vorbehalten.

Französische Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie.

Sitzung vom 15. April 1901.

Originalbericht von Dr. Drublle-Paris.

Über die parasitäre und kontagiöse Natur der Psoriasis, von Hallopeau. Man hat verschiedene Fälle von Kontagiosität der Psoriasis beobachtet, aber der interessanteste ist der von Destot. Dieser Autor hat sich nämlich die Affektion durch Implantation einer Psoriasisplaque in die Gegend des Deltoideus inokuliert. Zu bemerken ist, dafs er zuvor keine Spur einer Psoriasiseruption gezeigt hatte; dasselbe gilt von seinen Eltern. Kurze Zeit nach der Inokulation sah er eine Psoriasisplaque am Ellenbogen auftreten. Nach zwei Monaten erlosch die Eruption von selbst wieder, wiederholte sich aber noch während zwei Jahren und zwar entweder spontan oder nach Traumen oder nach Verabreichung von Liquor Fowleri in hohen Dosen.

Wir haben es hier nach meiner Ansicht mit einem Falle von positiver Psoriasisinokulation bei einem wenig empfänglichen Individuum zu thun.

Vergleichender Einfluſs des reinen Traumaticins und Chrysophansäuretraumaticins auf die Psoriasis, von HALLOPEAU. H. hat bei einem Psoriasispatienten die eruptiven Elemente auf der einen Körperseite mit unvermischtem und auf der anderen, linken, mit Chrysophansäuretraumaticin behandelt. Es zeigte sich, daſs der Erfolg auf beiden Seiten gleich günstig war.

BROCQ: Die Identität der Wirkung kann nicht von vornherein aus diesem Versuche gefolgert werden, da dasselbe mit einiger Veränderung fortgesetzt werden muſs. Jedes der beiden Medikamente sollte nicht mehr bei einem einzigen, sondern bei zwei Individuen angewendet werden, indem man dem einen reines, dem anderen Chrysophansäuretraumaticin appliziert. Ich habe nämlich früher mehrere Patienten in der Weise behandelt, daſs ich auf nur einer Seite Chrysophansäure benutzte und habe dabei die Erfahrung gemacht, daſs die gesunde Seite dieselben Veränderungen durchmachte wie die kranke.

Zur Urologie der Patienten mit Alopecia areata, von JACQUET. J. zeigt einen Patienten wieder, der in der vorhergehenden Sitzung vorgestellt worden war. Er hatte damals auf den bei dem Patienten bestehenden umgekehrten Parallelismus zwischen der Hyperchlorurie und Hypochlorhämie hingewiesen; gleichzeitig bestand ein leichter Grad von Albuminurie. Diese Albuminurie hat er bei 12 von 59 Patienten mit Alopecia areata konstatiert, deren Harn er untersucht hat. Seitdem der Patient das erste Mal vorgestellt wurde, hat die Polyurie beträchtlich zugenommen und der Harn hat ein fleischbrüheartiges Aussehen bekommen. BROCQ hat deshalb an das Vorhandensein einer subakuten Nephritis gedacht. Eine neue Untersuchung des Harns hat gezeigt, daſs die Eiweiſsmenge 4 und die Chlormenge 31 g erreichte. Nach Applikation von blutigen Schröpfköpfen auf die Lendengegend habe ich das so erhaltene Blut untersucht und das fernere Bestehen von Hypochlorhämie konstatiert.

Multiple Hauttuberkulose nach Röteln, von DU CASTEL. Das Kind leidet an tuberkulösen Hautläsionen, welche nicht allein wegen der Mannigfaltigkeit ihrer Formen, sondern auch deshalb interessant sind, weil sie kurze Zeit nach Röteln aufgetreten sind. Früher hatte das Kind tuberkulöse Adenitiden gehabt. Die gegenwärtigen Läsionen sehen im Gesicht wie Lupus aus; an den Händen haben einige das Aussehen von Tuberculosis verrucosa. Auf dem Rumpfe konstatiert man einen Lichen scrophulosorum.

Pseudolupus erythematosus, von DU CASTEL. Bei einer Patientin zeigten sich vor vier Jahren auf der Stirn gelbliche Punkte auf einem etwas infiltrierten Grunde. Später entwickeln sich excentrisch fortschreitende, deprimierte, glatte, im Centrum vernarbte Flecken, mit einem rötlichen, ziemlich regelmäſsigen, infiltrierten Rande, der die Grenze der Ausbreitungszone markiert. Der Diameter dieser Plaques variiert von 1—4 cm.

BROCQ: Gewisse deutsche Autoren haben in letzter Zeit Formen von Hautatrophie mit infiltriertem Saume beschrieben. Diese Formen zeigen eine gewisse Verwandtschaft mit dem Lupus erythematosus und der Läsion, die DU CASTEL vorstellt.

BESNIER: Unter dem Namen erythematöse Trophoneurosen hat THIBIERGE Läsionen dieser Art beschrieben: den Pseudolupus erythematosus.

Vereinfachung der Methode von FINSEN. Phototherapeutischer Apparat von LORTET und GENOUD ohne Kondensator, von GASTOU. Die unzweifelhaften therapeutischen Erfolge, welche FINSEN mit dem konzentrierten chemischen Lichte erzielt hat, haben seit mehreren Jahren die Aufmerksamkeit von LORTET, Dekan der Lyoner medizinischen Fakultät, und GENOUD, seinem Laboratoriumchef, auf sich ge-

zogen. Es ist ihnen gelungen, die Methode von Finsen leichter und praktischer zu gestalten durch Vereinfachung der Instrumente. Sie haben einen Apparat ohne Kondensator erfunden, von dem ich der Gesellschaft das erste definitive Modell vorlege. Ich lasse hier übrigens einen Auszug aus der Notiz folgen, die sie der Akademie der Wissenschaften mitgeteilt haben:

„Wir haben versucht die Kondensatoren abzuschaffen. Zu diesem Zwecke mufsten die Lichtstrahlen so nahe wie möglich an ihrer Quelle und vor ihrer Zerstreuung verwendbar gemacht werden, da der Kondensationsgrad mit der Annäherung an die Lichtquelle zunimmt. Dies ist uns nun gelungen.

Der elektrische Bogen mit kontinuierlichem Strome wird von zwei Kohlen geliefert, deren Neigungswinkel so berechnet ist, dafs der Krater der positiven Kohle den gröfsten Teil des Lichtes in die Richtung eines Kegels wirft, dessen Axe durch die centrale Öffnung einer Art von länglichem Becken mit doppeltem Boden geht; die Wandungen dieser Schale stehen 6—7 mm von einander ab und zwischen ihnen cirkuliert ein Strom kalten Wassers, das die Überhitzung der Schale verhindert und die Rolle eines in der Mitte zur Durchlassung des Lichtes perforierten Schirms spielt. Mittelst eines Mechanismus kann der Lichtbogen der Öffnung mehr oder weniger genähert werden.

Wenn der Apparat funktioniert, wird der Bogen auf eine Distanz von 1 oder 2 cm von der centralen Öffnung gebracht. Ein kleiner Spiegel hinter dem Lichtbogen verhindert eine Projektion des Lichtes nach hinten. Der Lichtbogen ist also nur in seinem vorderen Teile leuchtend. Nach vorn von der centralen Öffnung der Schale wird eine Art von hohlem Obturator angebracht, dessen beide Flächen von einer Scheibe aus Bergkrystall überzogen sind; im Innern cirkuliert ein kalter Wasserstrom. Die Erfahrung hat uns gezeigt, dafs der Bogen auf 4 oder 5 mm an den Obturator genähert werden kann, ohne dafs sich dieser erwärmt. Er läfst ohne Zweifel den gröfsten Teil der Wärmestrahlen durchgehen. Jeder Körperteil, der so nahe an den Obturator gebracht wird, dafs er denselben berührt, wird abgekühlt und der Wärmewirkung entzogen, während die chemischen Strahlungen nicht aufgehalten werden. Je nach der Ausdehnung des Obturators kann die aktive Zone von 1—6 cm Durchmesser variieren. Die Apparate mit Kondensatoren geben eine aktive Zone vom Durchmesser eines Frankenstückes. Die photochemische Intensität dieser Zone genügt zur Herabsetzung der Expositionszeit auf 15—20 Minuten statt einer Stunde bis fünf Viertelstunden wie bei den Apparaten mit Kondensatoren. Wahrscheinlich wird man diese Expositionszeit noch mehr herabsetzen können."

Darauf beschränken sich aber die Vorteile dieser Methode nicht. Der Finsensche Apparat mit Kondensator erfordert einen elektrischen Strom von 60—80 Ampères, die man nicht überall zur Hand hat. Der Apparat von Lortet und Genoud begnügt sich mit einem Strome von 10—12 A. Aufserdem genügt ein einziger Assistent, um in einer Stunde vier Personen zu behandeln, während der Finsensche deren vier erfordert, von denen jeder eine bis anderthalb Stunden arbeiten mufs, um vier Personen zu behandeln. Man gewinnt somit eine gewaltige Zeit- und Geldersparnis.

Lereddde: Der neue Apparat von L. u. G. ist sehr wertvoll, da er die Phototherapie zu einem praktischeren Verfahren gestaltet. Da die Kosten geringer und die Behandlungsdauer kürzer geworden, wird die Anwendung der Finsenschen Methode erleichtert. Ich habe den neuen phototherapeutischen Apparat an mir selbst versucht und ihn während zehn Minuten auf meinen Vorderarm einwirken lassen. Heute, nach 17 Tagen, ist die Haut noch gerötet und es scheint sich eine oberflächliche Narbe bilden zu wollen. Mit dem alten Apparat wäre zur Erzielung desselben Resultates eine Stunde erforderlich gewesen.

Elektrochemische Therapie des Lupus, von DANLOS. Den Metallverbindungen, welche die Chemiker Paarungen nennen, kommen in hohem Grade verschiedene elektrochemische Eigenschaften zu; da sie sich aufserdem leicht manipulieren lassen, haben wir sie therapeutisch bei Lupus anzuwenden versucht. Wir sind dabei in folgender Weise verfahren: Man bringt pulverförmiges metallisches Zink in eine gesättigte Lösung von Kupfervitriol; es entsteht eine lebhafte Reaktion und ein schwarzer pulverförmiger Niederschlag. Dieser Niederschlag wird gewaschen und auf die lupöse Stelle applikiert. Es bildet sich eine elektive Ulceration der Haut im erkrankten Gebiete und dieselbe nimmt ein schaumkellenartiges Aussehen an. Wir haben auf diese Weise bedeutende und rasche Besserungen, aber bis jetzt keine definitiven Heilungen erzielt.

Über die Behandlung des Lupus mit dem Kalium permanganicum, von LEREDDE. In der letzten Sitzung hat HALLOPEAU mehrere nach dieser Methode behandelte und gebesserte, aber nicht geheilte Fälle von Lupus vorgestellt. Auch halte ich dafür, dafs man die Methode auf die unheilbaren Fälle beschränken sollte, welche aber seit der Entdeckung der FINSENschen Methode selten geworden sind. Dagegen erhält sie eine Bedeutung, wenn sie, wie dies HALLOPEAU hofft, eine Abkürzung der Phototherapie erlaubt.

Syphilitische Arthritis, Osteitis und Myositis, von GAUCHER. Vor einiger Zeit stellte sich bei mir ein Patient ein mit einer als tuberkulös betrachteten Läsion des Sternomastoideus; aufserdem hatte er einen Tumor albus des rechten Knies und eine offene Fraktur mit Nekrose und Sequester des Schlüsselbeins. Bei der Untersuchung und aus der Anamnese des Patienten liefs sich nichts von acquirierter oder hereditärer Lues entdecken. Trotzdem mufste man, in Anbetracht der bedeutenden Schwellung des Sternomastoideus, an Syphilis denken. Diese gummöse Infiltration dauerte schon zwei Jahre; das Knie erkrankte vor anderthalb Jahren und etwas später zeigte sich die Läsion am Schlüsselbein. Wir machten dem Patienten Injektionen von Quecksilberbenzoat und in drei Monaten hatten wir eine vollständige lokale Heilung erreicht.

Die Läsionen am Knie waren besonders interessant. Im Gegensatze zu dem gewöhnlichen Befunde bei spezifischen Arthropathien bestand keine Hydarthrose, sondern eine beträchtliche Infiltration der Epiphysen, welche an die von mir früher als „epiphysäre Gummata" bezeichnete Läsion erinnerte.

Arsenikmelanodermie, von GAUCHER. Eine Frau, welche während drei Jahren FOWLERsche Lösung genommen hatte, sah eine Pigmentation auftreten, welche wie gewöhnlich am Nacken und in drei Jahren die ganze Körperoberfläche eingenommen hat. Ich habe diese Melanodermie erfolglos mit den verschiedensten antipigmentären Lösungen behandelt.

Besserung von trophischen Störungen durch das elektrische Bad, von GAUCHER. Ich habe vor drei Jahren einen Patienten gesehen, dem 1870 die Hände eingefroren und 1893 der Goldfinger zerdrückt worden war und der nun eine Reihe von trophischen Störungen zeigte. Als ich ihn das erste Mal sah, hatte er multiple Geschwüre: die Nägel waren abgefallen und an der Matrix resorbiert; die taktile und thermische Sensibilität war abgeschwächt. Neuralgien im Arme und Vorderarme wiesen auf ein Fortschreiten der Neuritis hin. Die Motilität war gehindert und es bestand „Glossy skin". Alle diese Störungen verschwanden im Jahre 1898 nach Anwendung von elektrischen Bädern, welche wir in der Weise verordneten, dafs wir das erkrankte Glied in ein Gefäfs mit Salzwasser tauchten und zu dessen beiden Seiten eine Elektrode legten. Dieses Jahr stellte sich der Patient wieder uns vor mit einem Recidiv, ich bin aber der Ansicht, dafs die Behandlung auch diesmal denselben Erfolg haben wird wie das erste Mal.

Eine Sykosis trichophytica vortäuschende Impetigo des Gesichtes, von Balzer. Die Impetigo hatte so dicke Massen am Kinn gebildet, dafs man an eine Sykosis dachte; mit dem Mikroskop liefs sich aber der spezifische Pilz nicht nachweisen.

Schübe von Lymphdrüsen- und Hauttuberkulose nach einer syphilitischen Infektion, von Hallopeau und Fouquet. Dergleichen Fälle werden bereits von Mauriac, Etienne und Patoir erwähnt und die Lymphdrüseninfiltration erreicht zuweilen eine beträchtliche Intensität. Die Syphilis wirkt hier wie ein Peitschenhieb auf die latente Tuberkulose und begünstigt deren Entwickelung. Es lassen sich gleichzeitig cutane, subcutane und subperiostale Tuberkulosen mit nur geringfügigen Lungenläsionen konstatieren.

Bildung eines Schorfes nach Injektion von Quecksilberbijodid, von Brocq. Eine 31jährige Alkoholikerin war wegen einer Eruption von papulösen Syphiliden in meine Abteilung eingetreten. In Anbetracht der lokalen Erscheinungen und des Schwächezustandes der Patientin glaubte ich sofort mit einer energischen Behandlung beginnen zu müssen und verschrieb ihr Injektionen von Bijodidöl und zwar in einer Dosis von 8 statt blofs 4 mg Bijodid auf einen Kubikcentimeter. Zwei Injektionen wurden gut vertragen. Am 25. Januar wurde eine dritte in die Flektionsstelle gemacht und zwar unter Anwendung der üblichen antiseptischen Kautelen. Sofort stellte sich ein entsetzlicher Schmerz ein und die Glutaealgegend begann anzuschwellen. Acht Tage nachher nahm sie eine schwärzliche Färbung an und wurde unempfindlich. In den folgenden Tagen bildete sich eine tiefe Demarkationslinie, der Schorf löste sich nach und nach und fiel am 9. März vollständig ab, eine 20 cm lange und 15 cm breite Wunde offen lassend. Eine eitrige Reaktion blieb aus. Im Schorfe konstatierte man Fasern des Glutaeus maximus. Lesser hat im Jahre 1898 zwei ähnliche Fälle in der Berliner medizinischen Gesellschaft mitgeteilt und glaubt er, dafs die intramuskuläre Injektion die Ursache der Gangrän war. Die Pathogenese dieses Falles ist mir nicht ganz klar. Um die Verletzung einer Vene oder Arterie kann es sich wohl nicht handeln, da sich kein Blut ergofs beim Einstich und da es nicht zu Bildung einer Ekchymose kam. Vielleicht wurde der kleine Ischiadikus verletzt.

Ich möchte an die Gesellschaft die Frage stellen, wie sie sich die Pathogenese des Falles vorstellt. Auch möchte ich wissen, ob die Injektionen eigentlich intramuskuläre oder subcutane sein sollen. Ich frage mich, ob es nicht vorteilhafter wäre, die Injektionen auf die Ausnahmefälle zu beschränken und unter gewöhnlichen Verhältnissen Einreibungen und innerliche Mittel zu verordnen.

Barthélemy: Dieser Zufall mufs als aufserordentlich betrachtet werden. Mir ist so was niemals vorgekommen. Dagegen habe ich unlängst eine Schorfbildung nach Injektion von 100 g künstlichen Serums in das Unterhautzellgewebe beobachtet.

Renault: Es ist keineswegs erwiesen, dafs die Injektionen den Einreibungen vorziehen sind; sie setzen die Patienten ganz bedeutenden Gefahren aus und sollen nur ausnahmsweise angewendet werden.

Danlos: Ich habe einen 25 cm langen Schorf nach der 15. Injektion auftreten gesehen. Niemals soll man intramuskuläre Kalomelinjektionen im Verlaufe einer sekundären Syphilis vornehmen.

Besnier: Ich weise mit Danlos auf die Thatsache hin, dafs bei den Eruptionen der Sekundärperiode Kalomelinjektionen kontraindiziert sind.

Jullien: Ich habe dasselbe Bijodidöl angewendet wie Brocq und dabei keine üblen Zufälle erlebt, aber andererseits ebenso viele indurierte Knoten als Einstiche konstatiert. Ich benutze immer kurze und ziemlich dicke Nadeln. Ich vermeide es, in die Muskeln einzudringen und bleibe im Unterhautzellgewebe.

Gaucher: Ich verwende feine Nadeln und steche ins Unterhautzellgewebe ein. Ölige Vehikel vermeide ich, da ich der Ansicht bin, daſs das Öl die Resorption des Präparates und die Reaktion der mit ihm in Berührung gelangenden Gewebe erschwert.

(Übersetzt von C. Müller-Genf.)

Fachzeitschriften.

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane.

Band XII. Heft 4.

Das Phänomen der schwimmenden Tropfen (les gouttes flottantes). Ein Beitrag zur Diagnostik der Prostatitis, sowie zur Physiologie der Prostata, von F. Schlagintweit. Verfasser massierte bei einem an chronischer blennorrhoischer Prostatitis leidenden Patienten regelmäſsig die Prostata: lieſs er das aus dem unteren Teil der Prostata ausmassierte Sekret in Wasser tropfen, so zerteilte es sich und die eitrigen Partikel setzten sich zu Boden; ganz anders verhielt sich das aus dem oberen Teil exprimierte Sekret (der Samenblaseninhalt): dies klebte förmlich an der Oberfläche des Wassers und zog sich dann, je nach der Schwere zu längeren oder kürzeren flottierenden Troddeln oder Säckchen auseinander. Diese Tropfen enthielten stets bewegungslose Spermatozoen, die durch Zusatz eines Tropfens Prostatasaft lebhaft beweglich wurden. Verfasser zieht aus diesem Befund einige Schlüsse für die Diagnostik der Prostataerkrankungen.

Beitrag zur Kenntnis der Trabekelblase bei der Frau, von Pollock. Im allgemeinen kommt bei Frauen eine Trabekelbildung in der Blase nicht vor. Verfasser berichtet über eine Frau, deren Blase nach der cystoskopischen Untersuchung deutliche Tuberkelbildung aufwies: Es bestand Behinderung des Harnabflusses durch Einstülpung der Blasenwand infolge eines teilweise fixierten retroflektierten Uterus und daneben eine ganz erhebliche Überproduktion an Urin, da die Frau an Diabetes litt.

Zur Blutstillung und Nachbehandlung der Meatotomie, von Baer. Verfasser hat einen Urethraltropfer konstruiert, bestehend aus einem kleinen Trichter, der nach vollzogener Meatotomie ins Orificium eingeführt und nun fest voll grobgeraspelten Glutols gestopft wird. Der Trichter wird dann entfernt, indem man den Glutolpfropf mit einem Obturator fixiert. Der Glutolpfropf genügte stets zur Blutstillung, er fliegt beim ersten Versuch zu urinieren leicht heraus.

Die Behandlung des Trippers mit Acidum nitricum, von Porosz. Verfasser erzielte mit $^1/_4$—$^1/_8$%igen Lösungen von Acidum nitricum bei akuten Blennorrhoea sehr gute Erfolge: Der Ausfluſs nahm rasch ab, die Gonokokken schwanden schnell; bei chronischen Fällen und bei Blennorrhoea posterior injiziert er stärkere Lösungen mit einer Guyonspritze.

Zur Extraktion der Fremdkörper aus der Blase, von G. Berg. Verfasser konnte eine Haarnadel, die der 24jährigen Patientin in die Blase geglitten war, mittelst des Lithotriptors entfernen; durch die cystoskopische Untersuchung war festgestellt, daſs die Nadel sehr beweglich war; verschiedene Extraktionsversuche mit anderen Instrumenten miſslangen, auch der Lithotriptor faſste die Nadel anfangs ungünstig, sie folgte dem Zuge nicht; später aber faſste er nahe dem einen Ende der Nadel, und nun lieſs sich diese leicht entfernen. *F. Hahn-Bremen.*

Russische Zeitschrift für Dermatologie und venerische Krankheiten.

Herausgegeben von Prof. Selenew.

Band I. Heft 3.

I. 1. **Dermatitis bullosa acuta, eine besondere Form der traumatisch-infektiösen Hautentzündung**, von M. Kusnetzow. Der mehr vom Standpunkte des Chirurgen als des Dermatologen geschriebene Aufsatz bringt interessante Aufschlüsse über eine Form der meist an den Fingern auftretenden oberflächlichen parasitenartigen Erkrankung, die der Verfasser in eine besondere Gruppe aussondert. Zunächst sei bemerkt, dafs die Benennung, die der Verfasser dieser sehr circumscripten Erkrankung der Haut der Extremitäten giebt, welche unter dem Bilde einer Blase beginnt und unter Abhebung der Epidermis weiter fortschreitet, entschieden nicht zutreffend ist. Eher würde sich schon dafür die von Koeter vorgeschlagene Benennung Staphylomycosis circumscripta acuta cutis eignen, falls der konstante Befund von Staphylokokken (bezw. Streptokokken) wirklich eine primäre Erscheinung ist, wie Verfasser es annimmt. Die Krankheit tritt meist nach leichten Traumen der Epidermis (Stich, Quetschung) auf. Es bildet sich zunächst eine kleine Blase mit serösem oder sero-purulentem, ja hämorrhagischem Inhalt, welche von einem rötlichen Saum umgeben ist. Das äufserst schmerzhafte Bläschen vergröfsert sich rasch und erzeugt neben regionären Erscheinungen (Lymphangitis und Lymphadenitis) auch Fieber, Kopf- und Gliederschmerzen etc. Bei hämorrhagischem Inhalt ist die Verwechselung mit Pustula maligna naheliegend. Der Prozefs kann mitunter einen phlegmonösen Charakter annehmen. Der Inhalt der Blasen zeigt stets das Vorhandensein von Staphylo- bezw. Streptokokken.

2. **Zur Histologie der Sclerodermia circumscripta**, von W. Sarubin. (Fortsetzung folgt.)

II. I. **Über die Behandlung der Syphilis mit grofsen Quecksilbermengen**, von T. Burschalow. (Fortsetzung folgt.)

III. 1. **Über Bildungshemmungen an männlichen Genitalien**, von M. Kusnetzow. Ein interessanter Fall von falschem Hermaphroditismus (Abbildungen) mit einer kurzen kritischen Untersuchung über verschiedene Formen der „Androgynoiden".

Sack-Heidelberg.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1901. Heft 5.

Die disseminierte Hautgangrän der Kinder, von A. Veillon und J. Hallé. Die Verfasser beschreiben den Fall eines 18monatlichen Knaben, der mit Hautgangrän in die Klinik gebracht wurde und daselbst nach zwölf Tagen starb. Die Gangrän hatte sich bei dem sonst gesunden und kräftigen Kind im Anschlufs an Röteln entwickelt. Hals und Nacken waren in erster Linie befallen; hier fanden sich bis auf die Muskeln gehende Geschwüre von runder und ovaler Gestalt; aber auch die übrigen Körpergegenden blieben nicht verschont. Neben der Gangrän bemerkte man auch Ekthyma und Impetigo. Bei der Sektion fand sich in der rechten Lungenspitze ein mandelgrofser tukerkulöser Knoten.

Ein Stückchen noch nicht brandige Haut, mikroskopisch untersucht, zeigte, dafs die Epidermis und der obere Teil der Cutis verhältnismäfsig unverändert waren; die Schweifsdrüsen und ihre Ausführungsgänge schienen noch unversehrt; die Entzündung beginnt erst in der Tiefe der Cutis. Die Flora dieser Gangrän setzt sich aus Kokken und Bacillen zusammen. Das Hauptgewicht legen die Autoren auf den schon früher von ihnen beschriebenen Bacillus ramosus, dem sie eine gewisse Bedeutung für die

Pathogenese beilegen und mit dem sie bei Kaninchen und Meerschweinchen ähnliche Hauterscheinungen hervorrufen konnten. Der Bacillus ramosus ist ein dem Diphtheriebacillus ähnlicher anärober Bacillus.

Plötzliches Aufhören des Wachstums der Nägel, von W. Dubreuilh und D. Frèche. In den von den Verfassern mitgeteilten Fällen handelt es sich um keine der bekannten Nagelerkrankungen, in denen ein Wachstumsstillstand der Nägel nur vorgetäuscht wird, sondern die Nägel hören einfach auf zu wachsen, ohne dafs sie histologisch irgendwie verändert wären. Die einzige Abweichung, die sie dabei zeigen, ist eine schwärzliche Verfärbung. In dem einen der berichteten Fälle wurde die Erscheinung nach einer Phlegmone der linken Hand an dem Ring- und kleinen Finger der rechten Hand beobachtet, nachdem an der Basis der beiden Nägel tagelang eine starke Schwellung bestanden hatte. Die Nägel fingen erst nach längerer Zeit wieder an zu wachsen. Im anderen Fall kam es ohne eigentliche Veranlassung bei einer gesunden Frau zum Wachstumsstillstand an den Fingernägeln und an der rechten grofsen Zehe. Ferner wird über einen Fall berichtet, den J. Hutchinson auf dem Londoner dermatologischen Kongrefs 1896 als Psoriasis der Nägel vorstellte, und bei dem die Fingernägel seit vier Monaten aufgehört hatten zu wachsen. Endlich verweisen die Verfasser noch auf ähnliche Veröffentlichungen von Collineau und Thibierge (*Ann. de Derm. et de Syph.* 1897 u. 1898.) *Türkheim-Hamburg.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1901. Heft 4.

1. **Hydrargyrum oxycyanatum in der Behandlung der Harnröhren- und Blasenaffektionen,** von Genouville. Der Verfasser hat nach Albarrans Vorgang eine bis jetzt allerdings noch kleine Anzahl von Blennorrhoen, und zwar akute wie chronische, mit Hydrargyrum oxycyanatum behandelt und damit im grofsen und ganzen sehr befriedigende Resultate erzielt. Zu Abortivkuren in Fällen, die in den ersten beiden Tagen post infectionem zur Behandlung kommen, verwendet er nach wie vor die vielfach erprobten, trefflich wirkenden Spülungen mit Kaliumpermanganatlösung. Wo aber eine bestimmte Anzahl, etwa 15—20 dieser Spülungen nicht zum Ziele geführt haben, oder wo Kaliumpermanganat schlecht vertragen wird, ferner in Fällen, die bei Beginn der Behandlung schon ausgeprägte entzündliche Erscheinungen aufweisen, in Fällen, die durch Cystitis und Prostatitis kompliziert sind, endlich bei subakuten und insbesondere auch bei chronischen Blennorrhoen ist nach den Erfahrungen des Verfassers das Quecksilberoxycyanid dem Kaliumpermanganat vorzuziehen, denn es ist mindestens ebenso wirksam wie dieses, wird aber von der Urethra wie von der Blase zumeist viel besser vertragen. Anzuwenden ist es in Form der „grofsen Spülungen", und zwar in Lösungen, deren Konzentration 1,0 : 40000,0 bis 1,0 : 1000,0 steigt. Die Spülungen werden in akuten und subakuten Fällen täglich, in chronischen Fällen höchstens dreimal wöchentlich gemacht. In den angeführten Fällen genügte zumeist eine verhältnismäfsig geringe Anzahl von Spülungen (9—21), um die Gonokokken dauernd zum Verschwinden zu bringen; insbesondere wurde in 5 Fällen von chronischer Blennorrhoe sehr rasch definitive Heilung erzielt. Die Zahl der Fälle, in denen das Mittel versagte oder nicht vertragen wurde, war sehr gering. — Bei Urethritiden, die nicht durch Gonokokken verursacht sind, bei nichtblennorrhoischen Infektionen der Harnorgane, wie sie als Komplikationen von Harnröhrenstrikturen auftreten, sowie bei nichtblennorrhoischen Cystitiden wirken nach den Erfahrungen des Verfassers Spülungen mit Quecksilberoxycyanidlösung bei weitem nicht so gut und sicher wie Spülungen mit Höllensteinlösung. Dagegen ist zu prophylaktischen Spü-

lungen bei Dilatationskuren, wenn noch keine Infektion der Harnorgane eingetreten ist, Hydrargyrum oxycyanatum in Lösung von 1,0 : 6000,0—4000,0 den Borsäurelösungen entschieden vorzuziehen.

2. **Studie über die Steine der Prostata: pathologische Anatomie und Pathogenese**, von Octave Pasteau. Unter den Prostatasteinen im weiteren Sinne sind nach Guyon zwei Arten zu unterscheiden: 1. Steine, die in der Pars prostatica der Harnröhre liegen und 2. Steine, die im Prostatagewebe selbst liegen. Die ersteren sind keine eigentlichen Prostatasteine, sondern aus Uraten oder Phosphaten oder Uraten und Phosphaten bestehende Harnsteine; dieselben können in der Harnröhre selbst entstanden sein, oder — und das ist zumeist der Fall — es handelt sich um Nieren- oder Blasensteine, die bei der Entleerung im Prostatateil der Harnröhre festgehalten werden und hier weitergewachsen sind. Bei den Steinen, die im Prostatagewebe selbst liegen, ist zu unterscheiden, ob die Höhlungen, in denen sie sich befinden, mit der Urethra kommunizieren oder vollständig abgeschlossen sind. Die in vollständig abgeschlossenen Hohlräumen der Prostata befindlichen Steine, die an Zahl und Größe sehr verschieden sind, stellen die eigentlichen Prostatasteine dar; sie bestehen entweder aus organischen, eiweißartigen Stoffen und Salzen, insbesondere phosphor- und kohlensaurem Kalk, oder nur aus organischen Stoffen. Sie entstehen an Ort und Stelle und sind nach Ansicht des Verfassers das Produkt einer leichten Infektion der Prostata, gleichwie die in anderen Drüsen, z. B. in den Speicheldrüsen, vorkommenden Steine durch leichte Infektionen dieser Drüsen verursacht sind. Die Steine, welche sich in Hohlräumen der Prostata, die nach der Urethra zu offen sind, befinden, bestehen zum Teil aus Phosphaten und Uraten, zum Teil haben sie die gleiche chemische Zusammensetzung wie die in abgeschlossenen Hohlräumen liegenden Prostatasteine. Im ersteren Falle sind es Harnsteine, die in präexistierenden Divertikeln der Prostata entstanden, bezw. festgehalten worden sind oder von der Pars prostatica der Harnröhre aus das Prostatagewebe zurückgedrängt und Hohlräume gebildet haben. Die teilweise oder ganz aus organischen Stoffen bestehenden Steine sind dagegen echte Prostatasteine; die Hohlräume, in denen sie liegen, waren ursprünglich abgeschlossen und haben erst sekundär durch Ruptur des Gewebes eine Kommunikation mit der Urethra erhalten.

3. **Über die Technik der Cystoskopie**, von L. Ferria-Turin. Um während einer cystoskopischen Untersuchung Ausspülungen der Blase und Vergrößerung oder Verkleinerung der in der Blase befindlichen Flüssigkeitsmenge durch den Untersucher selbst zu ermöglichen, ohne daß dazu Assistenz nötig ist oder daß die Untersuchung unterbrochen werden muß, hat der Verfasser, dem alle bisher zu diesem Zwecke angegebenen Apparate unpraktisch erschienen, einen neuen Apparat konstruiert. Derselbe wird an einem gewöhnlichen Irrigationscystoskop, das nur mit einem Kanal für Zu- und Abfluß versehen ist, angebracht. Da ferner die vorhandenen Stative große Nachteile haben, hat der Verfasser ein neues Stativ konstruiert, um das auf einen Punkt der Schleimhaut eingestellte Instrument leicht und sicher immobilisieren zu können. Dieses Stativ ist sowohl für photographische wie für Demonstrationszwecke brauchbar. Bezüglich der näheren Beschreibung beider Apparate muß auf das mit Abbildungen versehene Original verwiesen werden. Die Apparate, die sich sehr gut bewährt haben, werden von Hirschmann in Berlin hergestellt. *Götz-München.*

Annales de thérapeutique dermatologique et syphiligraphique.

Band I. Heft 6—8.

Die Behandlung von Dermatosen mittelst konzentrierten chemischen Lichtes (Methode von Niels R. Finsen), von H. Lebon-Paris. Die Arbeit enthält

eine Beschreibung der in Kopenhagen und im Hôpital St. Louis verwendeten Apparate, sowie eine kursorische Zusammenstellung der bisher von verschiedenen Beobachtern erzielten Resultate bei Lupus vulgaris, Lupus erythematodes, Alopecia areata, Acne vulgaris und Rosacea, Epitheliom und diversen anderen Affektionen. Ferner schildert Verfasser eingehend die Beleuchtungsapparate von LORTET und GENOUD, welche von diesen im Anfang dieses Jahres angegeben sind. Dieselben zeichnen sich nach dem Berichte durch wesentlich geringeren Preis und grofse Einfachheit bei gesteigerter Leistungsfähigkeit aus. Über seine eigenen Beobachtungen teilt LEBON nichts mit. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Blennorrhoe und Komplikationen.

1. **Neue Untersuchungen über Protargol in der Behandlung des Harnröhrentrippers**, von A. D'HAENENS-Brüssel. (*Progrès méd. belge.* 1900. No. 13.)

2. **Beitrag zur Protargolbehandlung der Blennorrhoe beim Manne und beim Weibe**, von ERNST ADLER. Berlin 1900. Dissertation.

3. **Prophylaktische Ausspülungen mit Protargol in Bordellen**, von FERTIG-Worms. (*Zeitschr. f. Medicinalbeamte.* 1900. No. 10.)

4. **Über die persönliche Prophylaxe und abortive Behandlung der Blennorrhoe**, von L. BLANCK-Potsdam. (*Med. Woche.* 1900. No. 17.)

Den prolongierten Injektionen, welche zuweilen den Prozefs nach hinten leiten, zieht D'HAENENS Protargolspülungen vor; die Lösung soll bei heftigen entzündlichen Erscheinungen 0,25 %ig sein, und zwar werden 2—3 Spülungen von 150 g pro die vorgenommen. An diese schliefst sich sofort eine Irrigation mit halbprozentiger Protargollösung. Ist die Blennorrhoe noch frisch und auf den vorderen Urethralabschnitt beschränkt, so schwindet die Sekretion meist schon nach der dritten bis fünften Spülung völlig. Im anderen Falle greife man zu Spülungen mit Lapislösungen von 1 : 4000—1 : 2000. Bei Uretrocystitis fand D'HAENENS diese Spülungen weniger von Nutzen. ADLER empfiehlt im Gegensatz dazu das Protargol in der NEISSERschen Methode der prolongierten Einspritzungen, von ¼—1 % steigend, ferner Tannin und andere Adstringentien, sofern die Eiterung fortbesteht. Von 49 Blennorrhoen, die Verfasser zusammenstellt, gelangten 47 zur Heilung. Davon waren 34 Fälle nur mit ¼ %iger Lösung behandelt worden. 10 mal wurde die Pars posterior ergriffen, 23 mal mufste zu Adstringentien gegriffen werden. Bei Blennorrhoe des hinteren Harnröhrenabschnitts giebt ADLER Instillationen mit 2—5 %iger Protargollösung und erzielt durchschnittlich am sechsten Tage Verschwinden der Gonokokken. Bei Urethralblennorrhoe der Frauen erprobte er täglich 1—2 maliges Auswischen der Harnröhre mit einem armierten Plagfair, der einen in 5 %iges Protargol getauchten Wattebausch trägt, sowie dreimaliges Ausspritzen mit 1 %igem Protargol (140 Heilungen auf 148 Fälle), sowie einfache Ausspritzungen mit 1 %iger Lösung durch Spritzkatheter. (10 Fälle, 10 Heilungen.) Behandlungsdauer in 50 % der Fälle eine Woche, Cystitis blennorrhoica sah ADLER unter ¼—1 %igen Irrigationen neben interner Therapie in 8—17 Tagen ablaufen. Bei Cervikalblennorrhoe mit Auswischen des Uteruskanals mit 5 %igen Protargoltampons schwanden die Tripperkeime in

18 Fällen 8 mal nach 8 Tagen, 5 mal nach 14 Tagen, 1 mal nach 8 Wochen. Dreimal traten Adnexbeschwerden auf, die die Behandlung unterbrachen. Instillationen mit dem Guyon und Ichthyolglycerintampons nebst heifsen Sitzbädern und Spülungen erzielten keine günstige Wirkung. Fertig berichtet, dafs der Tripper in Worms seit 2 Jahren fast verschwunden sei, seitdem man 2—4 %ige prophylaktische Ausspülungen mit Protargol in den Bordellen eingeführt habe. Ähnliche Erfolge lobt Blanck, der die Wertschätzung 2 %iger Lapiseinträufelungen (Blokusewski), 20 %iger Protargolglycerininstallationen (Frank) oder 3 %iger Protargolinjektionen (Welander) ohne Rücksicht auf andere als sanitäre Momente ins Volk getragen wissen will.

Hopf-Dresden.

Über Tripperbehandlung mit Protargol, von Niessen-München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1901. No. 12.) Nach den Erfahrungen, die der Verfasser im Münchener Garnisonlazareth gemacht, besitzt das Protargol als Antiblennorrhoicum aufser seiner Reizlosigkeit keine wesentlichen Vorzüge vor den älteren und alten bewährten Trippermitteln. *Götz-München.*

Verschiedenes.

73. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte 1901 in Hamburg.

X. Abteilung: Hautkrankheiten und Syphilis.

Ferner angemeldete Vorträge:

13. Dr. Julius Müller-Wiesbaden: Über die neueren Jodpräparate in der Therapie der Lues.
14. Dr. Leopold Freund-Wien: Über Dermatomyiasis.

Das Thema des Vortrages von Privatdoz. Dr. Heuss-Zürich lautet: Ein neues Anti-Ekzematosum.

Am Donnerstag, den 26. September, wird im Logenhaus (Welckerstrafse) um 2 Uhr Nachmittags eine gemeinsame Sitzung der Abteilungen für innere Medizin, Chirurgie und Dermatologie stattfinden.

In dieser Sitzung werden folgende Vorträge gehalten:

1. Grouven-Bonn: Die Röntgentherapie bei Lupus und Scrophuloderm.
2. Hahn-Hamburg: Die Röntgentherapie bei Ekzem, Prurigo, Akne und Psoriasis.
3. Schiff-Wien: Die Röntgentherapie bei Haarkrankheiten.
4. Sjögren-Stockholm: Die Röntgentherapie bei Cancroid, Ulcus rodens und Lupus erythematodes.
5. Kienböck-Wien: Technik der Röntgentherapie.
6. Schürmayer-Hannover: a) Über Röntgenulcera; b) forensische Bedeutung der Röntgenverbrennungen.
7. Bang-Kopenhagen: Die Finsentherapie.

Im Anschlufs an diese Vorträge wird eine Diskussion stattfinden.

In der Abteilung für Physik wird Dr. Walter einen Vortrag halten: Über die sogenannte Beugung der Röntgenstrahlen.

In der Abteilung für Chirurgie: Dr. Albers-Schönberg, Über die Verwendung und den Wert des elektrolytischen Unterbrechers im Röntgeninstitut.

Über event. später noch zur Anmeldung kommende das Röntgenfach berührende Vorträge wird im nächsten Heft berichtet werden.

Röntgenausstellung gelegentlich der 73. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Hamburg. Es erfolgten bis zur Herausgabe des vorliegenden Heftes folgende Anmeldungen:

a) Physikalisch-technischer Teil.

Ausstellung von Apparaten und Nebenapparaten etc.

Aschaffenburg: Friedrich Dessauer. — Basel: Klingelfufs. — Berlin: Allgemeine Elektricitätsgesellschaft, W. A. Hirschmann, Dr. M. Levy, Siemens & Halske A.-G., Neue photographische Gesellschaft (Reproduktionstechnik), Myl. Ehrhardt (Röhren). — Chemnitz: Max Kohl. — Erlangen: Reiniger, Gebbert & Schall. — Gehlberg: Emil Gundelach (Röhren). — München: Voltohm Elektricitäts-Gesellschaft A.-G. — Hamburg: Richard Seifert & Comp., S. Zossenheim (für ausländische Apparate), Krüfs (Stereoskope für die direkte Betrachtung der Originalplatten), H. C. F. Müller (Röhren), Schütze & Noak (Nebenapparate und photographische Artikel). — Paris: G. Gaiffe.

b) Medizinischer Teil.

1. Allgemeines Krankenhaus Hamburg-Eppendorf: Thema vorbehalten.
2. Bade-Hannover: Chirurgische Kasuistik.
3. Chirurgische Klinik Bonn: Thema vorbehalten.
4. Chirurgische Klinik Leipzig: Thema vorbehalten.
5. Cowl-Berlin: Herzuntersuchungen.
6. Fraenkel-Hamburg: Wirbelsäulen. a) Entwickelung, b) Tumoren und Tuberkulose derselben.
7. Holzknecht-Wien: Thema vorbehalten.
8. Immelmann-Berlin: Thema vorbehalten.
9. Kienböck-Wien: Thema vorbehalten.
10. König-Altona: Thema vorbehalten.
11. Levy-Dorn-Berlin: a) Diapositive aus dem Gebiet der inneren Medizin, b) Apparate zur Untersuchung mit senkrechten Röntgenstrahlen, c) Schutzapparate für den Untersucher.
12. Leonard Charles Lester-Philadelphia: a) Nierensteine, b) Lungentuberkulose.
13. Llaberia Comas & Prió-Barcelona: Thema vorbehalten.
14. Port-Heidelberg: Zahn- und Kieferaufnahmen.
15. Rieder-München: Thema vorbehalten.
16. Schuchard-Stettin: Reproduktionstechnik etc.
17. Sjögren-Stockholm: Zahn- und Kieferaufnahmen.
18. Wolff-Berlin: Diapositive über Knochenarchitektur.
19. Albers-Schönberg-Hamburg: Thema vorbehalten.

Apparate, Bilder u. s. w. können vom 10. September an eingeliefert werden.

In den *Therap. Monatsh.* Jan. 1901 macht M. Ihle-Leipzig darauf aufmerksam, dafs das von Lorb-Mannheim angegebene „**Taillensuspensorium**" mit dem 1887 eingeführten „Reiter-" und „modifizierten Langlebertschen Suspensorium" Ihles übereinstimmt, und nimmt das Recht der Priorität der Erfindung für sich in Anspruch.

A. Loewald-Cassel.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXXIII. No. 3. 1. August 1901.

Aus der dermatologischen Universitätsklinik in Budapest.

Lymphangioma cutis.

Von

Dr. Josef Sellei,
emer. Univ.-Assistent der dermatologischen Klinik in Budapest.

Die unter der Benennung Lymphangioma cutis bekannten Affektionen gehören zu den seltensten Hautveränderungen. In der Litteratur sind bis jetzt beiläufig 20 beschrieben, welche auch histologisch aufgearbeitet wurden: und wenn auch das klinische Bild mehr oder minder einheitliche Typen aufweist, so begegnen wir bei der Beschreibung der histologischen Veränderungen doch widersprechenden Anschauungen. Dies rührt offenbar daher, dafs man die Entstehung der Affektion verschiedenen Ursachen zuschreibt. Bevor ich auf eine kurze Besprechung dieser Anschauungen und Referierung über meine histologischen Untersuchungen eingehe, sei es mir gestattet, in einigen Zeilen auch unseres Falles zu erwähnen und zugleich Herrn Dr. Nékám Dank zu sagen dafür, dafs er mir den Fall während meiner Thätigkeit an der Klinik zum Studium und zur Berichterstattung über denselben überliefs.[1]

Ich hatte übrigens noch auf der klinischen Ambulanz des verewigten Prof. Schwimmer Gelegenheit, den Kranken zu beobachten und schon damals stellten wir für die späterhin zu beschreibende Hautveränderung die Diagnose „Lymphangioma" auf. Wir haben den Kranken auf Prof. Schwimmers Abteilung für Hautkranke im St. Stephans-Spital aufgenommen und überzeugten uns nach mehrwöchentlicher Beobachtung von der Richtigkeit der früher aufgestellten Diagnose. Der Kranke meldete sich dann ungefähr 1½ Jahre später neuerdings an der dermatologischen Klinik, und da er auch an der Klinik Herrn Prof. Kétlys Aufnahme fand, war er wieder längere Zeit Gegenstand unserer Beobachtungen.

[1] Der Fall wurde übrigens im Jahre 1899 von Dr. Deutsch im Ärzteverein und von mir in der Gesellschaft der Spitalsärzte vorgestellt. Mit dieser Veröffentlichung wollte ich also nur ein älteres Versäumnis nachholen.

Aus dem damals aufgenommenen Protokoll sei folgendes mitgeteilt:

Bei dem 18jährigen Kranken konnte man schon in frühem Kindesalter kleine Hautveränderungen in der Gegend der linken Scapula beobachten, denen man jedoch keinerlei Bedeutung beilegte. Erst vor fünf Jahren begann sein Leiden gröfsere Dimensionen anzunehmen und sich unangenehm fühlbar zu machen dadurch, dafs jede neue Eruption mit starkem Fieber (40°) verbunden war, und, dafs die in dem hinteren Teile der Fossa axillaris auftretenden sekundären Veränderungen (Verruca-Bildung) ihn in der Bewegung seines Armes behinderten.

Gegenwärtig ist die Affektion in handgrofser Ausbreitung über dem linken Schulterblatte zu sehen und zieht sich gegen die Fossa axillaris hin. Die Elemente der Affektion bilden kleine (stecknadelkopf- bis erbsengrofse) gelbbraunwandige Bläschen und Blasen, bei deren Aufstechen sich reine Lymphe entleert. An der Basis der Bläschen ist hier und da Blutung sichtbar. In dem über der Spina scapulae befindlichen Hautteile sind an der Basis der Bläschen kapilläre angiomatöse Veränderungen wahrnehmbar. Hinter der Fossa axillaris sind dicht angeordnete Warzenbildungen sichtbar, die sich beim Betasten empfindlich erweisen. Diese verrucaartigen Bildungen entstanden offenbar durch Eintrocknen von Bläschen. Auch sind hier bohnengrofse Blasen zu sehen, die, oben mit schmutzigen Massen bedeckt, auch hier grofsen Verrucae ähneln.

Die Blasen treten teilweise in Begleitung starken Fiebers auf, zuletzt vor fünf Wochen.

Die Bläschen jucken nicht, sind nicht schmerzhaft, sitzen nicht auf entzündeter Basis, sind auch nicht längs eines Nerven lokalisiert und sind seit Jahren vorhanden, weshalb auch gewöhnlicher Herpes wie Herpes zoster ausgeschlossen werden konnte und wir die Diagnose auf Lymphangioma circumscriptum stellten.

Unter Lymphangioma verstehen wir im allgemeinen Geschwülste, die aus mit lymphartiger Flüssigkeit gefüllten Hohlräumen bestehen; vom pathologisch-anatomischen Standpunkte unterscheiden wir: 1. einfaches Lymphangioma, L. simplex, Lymphangiektasia, 2. Lymphangioma cavernosum, das aus zahlreichen nebeneinander angeordneten Höhlen von verschiedener Gröfse besteht, die mit Endothel bekleidet und durch mehr oder minder zellenreiches Bindegewebe von einander getrennt sind (Weichselbaum, Winiwarter). Aber schon Kaposi nimmt an, dafs die an der Haut vorkommenden Lymphangiome sehr oft mit Angiomen verbunden sind, und dies ist wegen des engen Zusammenhanges der Blut- und der Lymphgefäfse auch verständlich; doch eben diese Kombinationen verursachen nach Kaposis Auffassung jene Meinungsverschiedenheiten, denen wir bei dem Studium dieser Frage begegnet sind. Gerade die Feststellung der Grenze zwischen der Lymphektasia (seu

Lymphangioma simplex) und dem Lymphangioma verursacht allein grofse Schwierigkeiten. Die an der Haut vorkommende Lymphangioma teilte Wegner — der erste, der die Lymphangiomata näher studierte, und dessen Einteilung noch heute viel citiert wird — in drei Gruppen und zwar:

1. Lymphangioma simplex,
2. Lymphangioma cavernosum,
3. Lymphangioma cysticum.

Török unterscheidet dreierlei kapilläre Lymphangiome: a) L. varicosum, b) L. tuberosum, c) L. cavernosum.

Unser Fall entspricht jenem, den er als Lymphangioma capill. varicosum bezeichnet und der mit dem L. cysticum circumsriptum der Engländer identisch ist.

Unna dagegen unterscheidet an der Oberfläche und in der Tiefe sitzende Lymphangiome. Die ersteren nennt er Lymphangioma der Corpora papillaria, letztere Lymphangioma des Hypoderms.

Jarisch unterscheidet in seinem letzthin erschienenen Lehrbuch seinerseits a) Lymphangioma tuberosum multiplex und b) Lymphangioma cysticum, und bei dem kritischen Studium der Lymphangioma-Litteratur erscheint diese Einteilung als die richtigste.

Hingegen behandelt Kaposi noch in der neuesten Ausgabe seines Lehrbuches (1899) unter dem von ihm beschriebenen Lymphangioma tuberosum simplex auch das L. cysticum. Obwohl die beiden letzteren Formen klinisch gut unterscheidbare Symptome haben, ein Unterschied, der auch auf histologischer Grundlage beruht, so gab der Umstand, dafs man auch andere Veränderungen als diese, welche die Grundlage dieses Leidens bilden, als zum eigentlichen Lymphangioma gehörende Lymphgefäfsveränderungen beschrieb, zur Verwechselung dieser beiden Haupttypen Anlafs. Eigentlich steht die Sache so, dafs wenn nach der obenerwähnten Auffassung Kaposis ein Übergang zwischen Angioma und Lymphangioma wirklich besteht, so werden die eigentlichen Veränderungen des Lymphangioms, namentlich des L. cysticum vor allem von den homöo- und auch heteroplastischen Veränderungen der Lymphgefäfse abhängen, wozu erst in zweiter Linie die übrigen histologisch nachweisbaren Veränderungen kommen.

Da unser Fall zum Typus Lymphangioma cysticum gehörte und wir von dieser Form im folgenden ohnedies eingehender zu sprechen beabsichtigen, sei es uns vorher gestattet, einige Worte über das sogenannte Lymphangioma tuberosum multiplex zu sagen. Unter der Bezeichnung

Lymphangioma multiplex tuberosum

beschrieb Kaposi bekanntlich eine Form, bei der an der Hautdecke syphilitischen Papeln ähnliche, linsengrofse und kleinere, teils rundliche,

teils längliche, nicht juckende, bräunlichrote, wenig derb fühlbare, in der Cutis sitzende Knötchen auftreten, die gewöhnlich sich schon im Kindesalter bilden. Diese Knötchen untersuchte KAPOSI gemeinsam mit BIESIADECKI histologisch und fand zahlreiche nebeneinander befindliche Hohlräume, die sich als mit Endothel ausgekleidete in ihrer Wandung verdickte Lymphgefäfse erwiesen. Talgdrüsen, Haarbälge und Schweifsdrüsen waren nach Zahl und Bau normal.

Im Gegensatz dazu teilen indes unter den neueren Autoren BLASCHKO und andere, weil sie in den Schweifsdrüsen Veränderungen fanden, nicht die Ansicht KAPOSIS, dafs diese Knötchen Lymphangiome wären, sondern nennen sie, wie JAQUET-DARIER Hydradénomes éruptifs, TÖRÖK Syringocystadenoma, UNNA Syringadenoma, BESNIER Cystadénomes épitheliaux bénins. JARISCH und ELSCHNIG, die sie als aus Blutgefäfsen stammendes Endothelioma betrachten, beschreiben sie als Haemangioendothelioma tuberosum simplex, QUINQUAUD als Cellulomes épitheliaux éruptifs, KROMAYER dagegen als Endothelioma tuberosum colloides. Diese zahlreichen Bezeichnungen beweisen ebenfalls, dafs die einzelnen Autoren die Frage verschiedenartig aufgefafst haben, und obgleich WOLTERS[2] in seiner letzten Arbeit behauptet, dafs darum immer von einer und derselben Krankheit die Rede war, so müssen wir doch nach kritischer Untersuchung der angeführten Arbeiten sagen, dafs mehrere zum Lymphangioma tuberosum gezählte und unter verschiedenen Benennungen beschriebene Affektionen von demselben zu trennen sind.

KAPOSI sagt übrigens darüber wörtlich folgendes: „Von HOGGAN, BESNIER, JAQUET, TÖRÖK und FORDYCE ist in den letzten Jahren der lymphangiomatöse Charakter der von mir beschriebenen Knötchen bestritten worden“ — — — und weiter: „Es ist nicht in Abrede zu stellen, dafs sowohl das klinische wie das histologische Bild in allen diesen Fällen mit denen in meinem Falle sehr viel Ähnlichkeit darbietet; ob aber auch Identität, vermag ich nicht zu entscheiden.“

Lymphangioma cysticum.

Während das eben beschriebene L. tuberosum in Gestalt von Knötchen auftritt und auf Grund der histologischen Veränderungen der einzelnen Formen bis jetzt, wie es scheint, noch einer übereinstimmenden pathologischen Erklärung entbehrt, so beginnt das Lymphangioma cysticum, wie dies auch in unserem Falle sich zeigte, mit der Bildung kleiner Bläschen. An der Basis der Bläschen waren in unserem Falle auch

[2] WOLTERS, *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1900.

Hämorrhagien und kleine Angiome zu beobachten, worüber ich weiter unten noch sprechen werde. Die Bläschen sind nach längerem Bestand von einer stärkeren krustenartigen Ablagerung bedeckt, so dafs das Leiden äufserlich den Verrucae ähnelt, die auch MEISSNER beobachtete und deshalb seinen Fall Cysthygroma verrucosum benannt hat. Auch waren ganze verruköse Gebilde vorhanden. Von den bisher beschriebenen histologischen Veränderungen finden wir in den Hauptpunkten übereinstimmende Beschreibungen. So berichteten über Lymphangioma cysticum:[3] TILBURY, COLCOTT FOX, MALCOLM-MORRIS, HUTCHINSON, TÖRÖK, SCHMIDT, BESNIER, SMET und BOCK, GILCHRIST, FRANÇIS, HEUSS, PAVLOW, MEISSNER, FREUDWEILER.

Aus der neuesten Litteratur müssen wir den Fall von WAELSCH[4] erwähnen, der einen dem unseren ähnlichen und auch im sonstigen Verhalten in vielem analogen Fall beschreibt.

Beim Falle von WAELSCH waren seröse oder blutig-seröse Bläschen und Blasen auf der rechten Hälfte des Brustkorbes streifenartig lokalisiert. Neben den Bläschenstreifen war ein aus erweiterten Blutgefäfsen zusammengesetzter sog. Naevus teleangiectaticus vorhanden.

Die Bläschen treten beim L. cysticum — wie auch in unserem Falle — meistens am Brustkorb und in der Scapulagegend auf, aber man hat auch Fälle am Zungenrande und an den Lippen beobachtet. Es entwickelt sich meistens im Kindesalter, wie die meisten hierher gehörenden Fälle beweisen. Bei unserem Falle müssen wir noch als auffallendes Moment hervorheben, dafs jede Eruption von mehrere Tage andauerndem, starkem Fieber begleitet war.

Histologische Veränderungen.

Zum Zwecke histologischer Untersuchung excidierten wir zwei Stückchen und unterwarfen sie der üblichen Prozedur. Die histologischen Veränderungen bestanden kurz in folgendem:

Die wichtigsten Veränderungen betrafen, wie auch beim Falle von TÖRÖK und WAELSCH, die Papillar- und Subpapillarschichte; hier treten zahlreiche Lymphhöhlen auf. Diese sind von verschiedener Gröfse in der Papillarschicht, wie tiefer im Corium. Ja dort, wo die Retefortsätze stark verlängert waren, wie an den verrucösen Stellen, dort gelangten die in den Papillen befindlichen Lymphhöhlen auch zu grofser Ausdehnung. Im subpapillaren Corium sind gleichfalls abwechselnd

---

[3] Aufserdem: GUSTAV ESSER, Beitrag zur Kenntnis des Lymphangioma circumscriptum. Inaugural-Dissertation 1898.
Während der Korrektur erschien eine ausführliche, gediegene Arbeit über Lymphangioma circumscriptum cutis von SCHNABEL. *Archiv.* 1901. Bd. 56, Heft 2.

[4] Über Lymphangiome cutis opticum circumscriptum. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1900.

kleinere und gröfsere Hohlräume sichtbar. An einigen Stellen kommuniziert eine kleinere Höhle mit einer gröfseren. Wahrscheinlich entstanden auch die gröfseren Lymphräume durch das Konfluieren solcher kleineren Lymphhöhlen, derart, dafs die anfangs vorhandene Scheidewand zu Grunde ging. Wenn die Lymphräume in der Papille sitzen, sind stellenweise die Retefortsätze verlängert, stellenweise verursachen sie verschiedenerlei Konfiguration ihres unteren Drittels, An einigen Stellen rifs die mit Lymphe gefüllte Blase die Retefortsätze geradezu vom Str. granulosum ab, so dafs die abgerissenen Retefortsätze am unteren Teile der Lymphhöhle sichtbar sind. Die Wände der Lymphhöhle sind mit Endothel ausgekleidet. Dies spricht, wie auch TÖRÖK hervorhebt, offenbar dafür, dafs wir es hier mit neoplastischen Bildungen und nicht mit einfacher Lymphektasie zu thun haben. Man kann übrigens die Wucherung des Lymphendothels, und die aus diesen so entstandenen Lymphhöhlen genau verfolgen. Unter den neuen Autoren hat auch WAELSCH gefunden, dafs solche Hohlräume mit Endothel ausgelegt waren, dessen Zellen man an dem schmalen, spindelförmigen Kern erkennen kann. Das Endothel besteht aus platten, einschichtigen Zellen; FREUDWEILER fand auch mehrschichtiges Endothel, WAELSCH dagegen nicht. Bei meinem Falle waren jedoch thatsächlich auch mit mehrschichtigem Endothel ausgekleidete Lymphhöhlen zu finden. Das histologische Verhalten des Endothels steht, wie es scheint, mit der Vergröfserung der Höhle in geradem Verhältnisse insofern, als bei den grofsen Lymphräumen gewöhnlich nur einschichtiges Endothel zu finden war. Der Inhalt der Lymphräume besteht aus einzelnen Lymphocyten. Hier und da sieht man diese auch in Haufen gruppiert. Dort wo keine Erweiterung und ein Durchbruch der Capillaren stattfand sind die Lymphhöhlen mit roten Blutkörperchen stark gefüllt. Die in der tieferen Coriumschichte befindlichen Lymphgefäfse sind erweitert, um dieselben befinden sich zahlreiche Plasmazellen, was für den entzündungsartigen und progressiven Verlauf spricht. Die Schweifsdrüsen haben sich nicht erweitert, aber unter den Talgdrüsen habe ich in einigen eine Lymphhöhle finden können. Aufser den Lymphgefäfsen ist auch um die Blutgefäfse hochgradige Infiltration sichtbar. Eine solche entzündliche Infiltration hat auch WAELSCH gefunden, im Gegensatz zu FREUDWEILER, der sie in Abrede stellt. Die rundzellige Infiltration ist stellenweise auch in den Papillen wahrnehmbar, intensiver unter den Papillen, sie tritt jedoch in noch stärkerem Mafse im subpapillaren tieferen Corium auf. Die Blutgefäfse haben sich an mehreren Stellen entschieden erweitert, und dies läfst sich nicht nur von den papillaren Capillaren, sondern auch von den im Corium verlaufenden Blutgefäfsen sagen.

Auf Grund meiner histologischen Untersuchungen kam auch ich, wie mehrere andere Autoren, zur Überzeugung, dafs beim L. cysticum neben der Erweiterung der schon vorhandenen Lymphwege sich — wie ich schon oben erwähnte — auch neue Lymphgefäfse bilden. JARISCH gelangt bei der kritischen Würdigung der sich mit der Entstehung der neuen Lymphgefäfse beschäftigenden neueren Theorien zu dem Resultate, dafs die Frage noch nicht definitiv gelöst sei. Thatsache ist, dafs man die Ursache der Entstehung des Lymphangioma cysticum nicht in einer centralen Stauung zu suchen hat, wie dies z. B. WEGNER glaubte, der einer der ersten war, der die Entstehung des Lymphangioms erörterte, obzwar auch schon WEGNER sagt, dafs, wenn man auch die Stauung nicht nachweisen kann, man sich doch von dem Gedanken an eine solche nicht freimachen kann. UNNA nimmt an, dafs die Ursache der Lymphangiektasie eine lymphatisch-venöse Stauung sei, die Ursache des Lymphangioma dagegen Lymph- und venöse Stauung in Verbindung mit Hyperplasie, jedoch nur die die kleineren Hohlräume umgebenden Zellen deuten auf einen Neubildungsprozefs hin. Nach TÖRÖK ist beim Lymphangioma die Hyperplasie, d. h. die Proliferation, primär. WAELSCH nimmt nicht blofs Lymphgefäfsbildung, sondern auch Lymphgefäfserweiterung mit Lymphstauung an, wobei er sich auf SCHMIDT beruft, der behauptet, dafs die Vergröfserung einer schon vorhandenen oder entstandenen Höhle nur auf inneren Druck möglich ist.

Es bleibt aber auch fernerhin eine offene Frage, ob die neuen Lymphgefäfse homöo- oder heteroplastischen Ursprungs sind, d. h. ob sie aus dem Endothel der schon vorhandenen Lymphgefäfse oder aus neuen Bindegewebszellen stammen. Nach WAELSCH aus beiden, obwohl er selbst die Lymphstauung nicht leugnet.

In unserem Falle zeigten sich an der Basis einzelner Bläschen auch Hämorrhagien und kleine Angiome. Man kann deren Ursprung vielleicht derart erklären, dafs die Lymphgefäfse Erweiterungen und die in denselben entstandene Stauuung zuerst die Überfüllung der Capillaren und so deren Bersten verursachen. Übrigens pflegen die Lymphangiome und die Angiome sich zu kombinieren. Wir haben diesbezüglich schon auf KAPOSIS Auffassung hingewiesen. Und so läfst sich die Sache auch in unserem Falle erklären.

Bei unserem Falle glauben wir schliefslich das stellenweise sich zeigende verruköse Äufsere damit erklären zu können, dafs Lymphzellen auswandern und nicht blofs die normale Verhornung stören, sondern, mit den Zellen des Stratum corneum vertrocknend, die Kruste bilden. Anderswo schreiben wir die verrucöse Bildung den thatsächlich überstark entwickelten Corpora papillaria und der Epidermisüberwucherung zu.

Über Talgdrüsen in der Mund- und Lippenschleimhaut.

Von

Dr. Paul Zander.

Mit einer Abbildung im Text.

In letzter Zeit sind von den verschiedenen Autoren eigenartige Veränderungen in der Schleimhaut des Mundes gefunden worden, die erst nach längerem Studium als Talgdrüsen erkannt worden sind. So hat Fordyce eine solche Veränderung der Lippen- und Mundschleimhaut beschrieben, die sich überaus häufig bei Erwachsenen findet, beim Greise selten, beim Weibe spärlich vertreten ist, und bei Kindern nur ganz ausnahmsweise vorkommt. Sie besteht im Auftreten miliarer, feinster, gelbweifser Körner, die mehr oder minder zahlreich unmittelbar unterhalb des Epithels der Schleimhaut der Lippen und Wangen liegt. Fordyce fand sie in der ganzen Ausdehnung der Lippe, war jedoch nicht im stande, trotz mikroskopischer Untersuchung eine Erklärung dafür zu geben. Er glaubte, dafs die gelbe Verfärbung in seinem Falle durch eine „granuläre Metamorphose in dem Protoplasma der Epithelzellen der Mukosa“ herbeigeführt sei, fand jedoch auch Talgdrüsenzellen mitten im Epithel.

Audry beschreibt dieselbe Veränderung, die nie von subjektiven Symptomen begleitet ist, folgendermafsen: „Diese kleinen Körner, bald sehr dünn gesät, bald dicht gedrängt, bringen eine Art flacher Körnelung zu stande; man sieht sie vornehmlich in der Aufsenzone der einen oder anderen Lippe, in der Nachbarschaft der Kommissuren. Sie nehmen gewöhnlich das Mundsegment der Lippen in Anspruch und nicht die Partie, welche unmittelbar an die äufsere Haut angrenzt.“ Er fand bei der mikroskopischen Untersuchung, dafs ein jedes Korn einer Talgdrüse entspricht oder einem Talgdrüsenläppchen. In einem Präparat von 0,01 mm Breite fand er in einem einzigen Schnitt 6—7 Drüsenläppchen. Er unterscheidet an den Drüsen

1. die subepithelialen,
2. die intraepithelialen und
3. die Ausführungsgänge der Drüsen.

Bei den ersteren findet er nichts Anomales aufser, dafs sie unterhalb einer Schleimhaut liegen. Bei den intraepithelialen Talgdrüsen findet er atrophische und gut entwickelte inmitten der tiefen Schichten des Epithels. Bei den letzteren bieten die Talgdrüsenzellen ein normales Aussehen.

Das obere Segment der Drüse zeigt eine Haube von Stachelzellen, die ein wenig abgeplattet und ausgezogen, sonst aber gut erkennbar sind. Die atrophischen Drüsen bestehen nur aus je 4—5 Zellen, die wie eingesprengt in der Mitte von intrapapillären Epithelleisten liegen. Die Zellen liegen im Centrum und stehen mit den sie umgebenden Stachelzellen in unmittelbarer Berührung. Die Stachelzellen selbst sind völlig unverändert. Die Ausführungsgänge der Drüsen sind mehr oder weniger ausgebildet je nach der Gröfse der Drüse. Sie werden dargestellt durch einen einfachen Substanzverlust, der mehr oder minder röhrenförmig aussieht, fast geradlinig verläuft und von eleidinhaltigen Stachelzellen begrenzt wird.

Er beobachtete auch einige Spuren rudimentärer Haare. „Einige der besser entwickelten subepithelialen Drüsen zeigen an der Stelle des Zusammenflusses ihrer intralobulären Septen zarte, blattartige, durch das Pikrokarmin stark gelb gefärbte Massen, welche sich in senkrechter oder schiefer Richtung zur Epidermis in der Axe des Ausführungsganges gruppieren. Der ganze Kanal kann erfüllt werden durch solche Garben gelber Schüppchen, welche ein Rudiment von Haaren darstellt. Die Garbe selbst splittert sich pinselförmig am oberen Ende auf, indem sie die Mündung, aus der sie hervorkommt, überragt. Im ganzen Bild findet er in dem die Drüsen umgebenden Bindegewebe keinerlei Reizung. Für die Anwesenheit der Talgdrüsen in der Lippen- und Wangenschleimhaut stellt er folgende Hypothese auf: „Es kann sich hier um verirrte eingestülpte Keime handeln, die aus dem fötalen Leben stammen und sich in der Pubertät und zu derselben Zeit mit den Kopf- und Schnurrbarthaaren entwickeln. Es sind das Rudimente von Haaren in der Wangenschleimhaut. Die Abwesenheit dieser Veränderung beim Kinde, ihre geringe Entwickelung und Seltenheit bei der Frau können als Stütze meiner Hypothese dienen, welche ganz allgemein in Beziehung zu unseren Kenntnissen über den ektodermalen Ursprung der Schleimhaut des Mundes steht."

Delbanco wurde auf eine derartige Veränderung aufmerksam bei Behandlung eines Patienten wegen spätsyphilitischer Symptome. Es war ihm aufgefallen, dafs in der Schleimhaut der rechten Wange den beiden Zahnreihen entlang dicht gedrängt nebeneinander eine Menge gelblicher, stecknadelkopfgrofser, sich vorwölbender konsistenter Knötchen safsen. Gelbliche Körner waren auf dem hinteren Gaumenbogen und in der Tasche hinter dem linken letzten Molarzahn in der Schleimhaut sichtbar. Sie ragten nicht oder nur eben über die Oberfläche der Schleimhaut hervor und gruppierten sich in zwei Lagern, die annähernd gleich breit waren, und die ein fast körnerfreier Zwischenraum trennte. Auf dem Wege von dem äufseren Ende des Lagers zu dem Mundwinkel waren

noch alleinstehende und einreihig gestellte Körner zu finden, die wie Ausläufer des Lagers erschienen. Während der spezifischen Kur veränderte sich der Befund nicht. Bei einem zweiten, ebenfalls syphilitischen Kranken traten die Körner erst während der Quecksilberkur auf. Diese Veränderung in der Schleimhaut, die seiner Meinung nach mit der Lues in gar keinem Zusammenhang steht, sei durch irgend eine Druckwirkung resp. einen Druckreiz entstanden.

Die mikroskopische Untersuchung eines derartigen Stückes der Schleimhaut zeigt eine hypertrophische Entwickelung von acinösen Drüsen, deren Zellen den Talgdrüsenzellen der äufseren Haut entsprechen: grofs, hell, polygonal mit dem schön entwickelten spongioplastischen Netzwerk im Protoplasma. Er hielt trotzdem die Körner nicht für Talgdrüsen, sondern glaubte einer besonderen Art von Schleimdrüsen auf die Spur gekommen zu sein. Eine nochmalige genauere Untersuchung ergab jedoch als einwandfreies Resultat, dafs es sich um Entwickelung von Talgdrüsen in der Mundschleimhaut handelte, die er vereinzelt und in geringer Zahl zusammenstehend öfters bei ganz gesunden Männern zwischen 20 und 40 Jahren gefunden hat. Bei seinem zweiten Fall waren diese Talgdrüsen, die er vorher trotz wiederholter Untersuchungen nicht bemerkt hatte, erst, wie schon erwähnt, während der spezifischen Kur in die Erscheinung getreten und folgendermafsen angeordnet: Die Stellen im Munde, an denen die Körnelung lag, entsprachen den gegenüberstehenden Reihen schadhafter Zähne. „Die beiden Lager vereinigen sich am Mundwinkel, nur mufs betont werden, dafs in umgekehrtem Verhältnis, in dem die beiden Schenkel zur Vereinigung streben, die Dichtigkeit der Körner abnimmt, so dafs am Mundwinkel selbst ihre Zahl gering ist. Einzelne Körner haben die Gröfse eines doppelten Stecknadelkopfes und lassen sich in toto mit dem scharfen Löffel herausheben.“ Zupfpräparate zeigten auch hier ausschliefslich Talgdrüsenepithelien. Zur Zeit der Veröffentlichung dieses Falles — neun Wochen nach der letzten Kur — und nachdem sämtliche syphilitischen Erscheinungen fort waren, waren die Talgdrüsen im Munde noch vorhanden, blofs dafs das Polsterartige in der Gesamtheit der Körner verschwunden war, und diese im gleichen Niveau mit der Schleimhaut lagen. Eine nähere mikroskopische Untersuchung ergab auch hier eine Entwickelung von Talgdrüsen in der Mundschleimhaut. Er beschreibt dieselben folgendermafsen:

„Die Oberhaut ist bis auf eine ödematöse Durchtränkung und Aufquellung der Epithelien ohne weitere Veränderung. Eine Volumsvermehrung haben auch die Talgdrüsenzellen selbst erfahren, wenn man die Talgdrüsenzelle der gesunden äufseren Haut zum Vergleich heranzieht. Im allgemeinen ist die Gröfse der Talgdrüsenzelle direkt proportional der Ansammlung von Fetttropfen im Spongioplasma, und daher

besitzen die gröfsten Drüsenläppchen im Centrum auch die gröfsten Talgzellen. Daher gehen bei jeder Talgdrüsenvergröfserung sowohl eine Hyperplasie wie eine Hypertrophie der verfetteten Epithelien nebeneinander. So ist es auch hier. Viele Drüsen besitzen an ihrer Peripherie noch einen Kranz ein- und zweireihiger nicht fetthaltiger kleinerer kubischer Epithelien. Die grofsen Talgdrüsenzellen selbst lassen das spongioplastische Netzwerk in leuchtender Klarheit hervortreten.

Die Interspatien der Kollagenbündel sind erweitert, und unmittelbar unterhalb des Epithels nimmt das Kollagen das Säurefuchsin weniger kräftig an. Die Talgdrüsen liegen frei, d. h. ohne dafs sie sich an Haare bezw. Haaranlagen anschliefsen, frei mitten im Bindegewebskörper oder mehr intraepithelial, indem sie sich in die Oberhaut einschieben. Da wo die Drüse gegen das Epithel andrängt, ist die Trennung durch einen mehr oder weniger schmalen Bindegewebsstreifen gegeben, welcher im Gegensatz zu dem übrigen Bindegewebe von ein- und mehrkernigen Leukocyten und von kleinen Spindelzellen stark durchsetzt ist. Die Epithelien, welche die sich in die Oberhaut einschiebenden Talgdrüsenläppchen in nächster Nachbarschaft ausgeben, sind dicht zusammengedrängt und zwischen sie sind in geringer Zahl polynukleäre Leukocyten gelangt. Im ganzen bewegt sich die entzündliche Infiltration in mäfsigen Grenzen, die Gefäfse sind erweitert und nur stellenweise häufen sich die Zellen im Gewebe, vor allem in unmittelbarer Nähe der Talgdrüsen.

Im Zwischengewebe haben die elastischen Fasern im Bereich der Vorbuckelung der Schleimhaut eine wesentliche Schädigung erlitten. Sie sind zerissen, atrophisch, dann wieder gequollen. Die Einzelfaser ist von ungleichem Kaliber und über das ganze Gewebe zerstreut finden sich feinste punktförmige und dickere Reste untergegangener Fasern. Plasmazellen sind nicht vorhanden. Ebenso keine einzige Mastzelle. Was ich aber noch erwähnen mufs, sind solide Epithelinseln in der Nähe der Talgdrüsen und der Oberhaut, welche regelmäfsig Mitosen aufweisen. In einigen Schnitten sind die Inseln in Zusammenhang mit der Stachelschicht, aussehend, als ob sie sich abschnüren wollten."

Eine Andeutung von Haaren, wie AUDRY sie beschrieben hat, kann er nirgends finden. Die Abweichung seines Befundes von dem AUDRYS erklärt er dadurch, dafs bei seinen beiden Fällen ein entzündliches Bild vorlag, während AUDRY ausdrücklich hervorhebt, dafs er keine Spur von Reizung in dem die Drüsen umgebenden Bindegewebe gefunden hat. Diese Talgdrüsen unterscheiden sich nach DELBANCO nur dadurch von den Talgdrüsen der äufseren Haut, dafs sie mit Haarbälgen nicht in Verbindung stehen, sondern sich frei in die Haut öffnen. Er findet keinen Grund zu zweifeln, dafs die Talgdrüsen der Mundschleimhaut sich ebenso entwickeln wie z. B. an der Glans penis, wo sie auch selbständig vor-

kommen. Ihre Entwickelung geht hier direkt von der Epidermis aus und verläuft im einzelnen nach demselben Typus, den wir bei den mit Haaren in engster Beziehung stehenden Talgdrüsen kennen. Ein solches im späteren Leben an einer normalerweise talgdrüsenfreien Fläche auftretendes Erscheinen von Talgdrüsen, also eine abnorme kongenitale Keimesanlage, die zu einer bestimmten Zeit des Lebens sichtbar wird und die durch besondere Einflüsse zu excessivem Wachstum gelangen kann, bezeichnet er mit „Naevus" entsprechend der Entwickelung des Naevus an der normalen Haut.

Montgomery und Hay haben ebenfalls zwei Fälle von Talgdrüsen in der Mundhöhle beschrieben. Schon seit einigen Jahren hatten sie eigentümlich gelb verfärbte Stellen in der Lippen- und Mundhöhlenschleimhaut bei vielen Individuen beobachtet. „Diese Stellen sind stecknadelkopfgroſs oder kleiner und haben eine saturierte gelbe Farbe. Ihr Prädilektionssitz ist das Lippenrot und die Linea interdentalis der Backe bis zum letzten Molarzahn. Häufig verleiht ihnen der Farbenkontrast ein papelähnliches Aussehen. In der That sind sie auch manchmal etwas erhaben und mit dem palpierenden Finger als Papeln zu erkennen. Zu subjektiven Beschwerden geben sie nie Anlaſs." Degenerations- oder Entzündungsprozesse scheinen nie in ihnen vorzukommen. In vielen Fällen bleiben sie sowohl in Gröſse als in Zahl stationär, in anderen Fällen vermehrt sich die Zahl derselben dermaſsen, daſs eine Verfärbung oder Verunstaltung der Lippen entstand. Das Alter scheint beim Entstehen dieser Verfärbung keine wichtige Rolle zu spielen; denn obgleich sie meistens beim Erwachsenen vorkommen, sind sie auch einmal beim Säugling beobachtet worden. Die mikroskopische Untersuchung zweier Fälle ergab jedesmal Talgdrüsen. „Es waren lobulierte Säcke, die sich weit in das Bindegewebe der Mundschleimhaut versenkten. Die Säcke waren stark gefüllt mit groſsen polyedrischen Zellen, von denen jede einen groſsen, runden Kern und eine deutliche Zellmembran besaſs. Den Zellleib stellt ein retikuläres Gewebe dar. Diese Epithelzellen hatten die Mosaikordnung, die man bei Durchschnitten durch Talgdrüsen sieht. Ein Schnitt ging parallel mit dem Ausführungsgang einer Drüse, und in diesem Schnitt konnte man sehr gut den Übergang des Schleimhautepithels der Mundhöhle in den Ausführungsgang verfolgen, gerade wie man das bei den Talgdrüsen der Haut thun kann. Das Lumen des Ganges war angefüllt mit einer amorphen Substanz und zerfallenen Epithelzellen. Die gelbe Farbe, durch die sich diese Drüsen bemerkbar machten, konnte man auch bei einer Talgdrüse erwarten, die unmittelbar unter dem Epithel lag und ihr Fett durchscheinen lieſs."

Über die Entstehung und Bedeutung dieser Talgdrüsen sprechen sich die Verfasser nicht aus, verwahren sich bloſs gegen die Annahme, daſs

diese Veränderung der Mundschleimhaut bei den beiden Patienten, denen die mikroskopischen Präparate entnommen waren, in irgend einem Zusammenhang stehe mit der Syphilis, an der beide litten.

Bettmann hat ebenfalls Talgdrüsen in der Mundschleimhaut beschrieben, die sich in Form gelblicher, mehr oder weniger prominierender Knötchen vorfinden, die bei der Palpation deutlich als ziemlich weiche körnige Massen erkannt werden und von denen die gröfseren von den Patienten manchmal selbst gefühlt werden, wenn sie mit der Zungenspitze die Mundschleimhaut entlang fahren.

Diese meist in Gruppen zusammenstehenden Knötchen sind meistens symmetrisch rechts wie links in je zwei langen Zügen angeordnet, die den Reihen der oberen und unteren Backenzähne entsprechen, sich mitunter auch bis gegen die Mundwinkel erstrecken und hier in ähnliche Gebilde übergehen, die gelegentlich als vollständiger Kranz den Schleimhautanteil der Oberlippe, seltener der Unterlippe umziehen. Öfters hat er auch eine einseitige Entwickelung der Talgdrüsen gefunden und gelegentlich auch Gruppen der Körnchen hinter den Zähnen am aufsteigenden Kieferast. An excidierten Schleimhautstückchen verschwindet der Farbenunterschied zwischen den Körnchen und ihrer Umgebung, ebenso fallen sie an der Leiche nicht mehr durch ihre Farbe auf.

Bei der mikroskopischen Untersuchung fand er in der Submucosa gelegene gröfsere Gebilde, die mit den Talgdrüsen der äufseren Haut übereinstimmen, und zwar acinöse Drüsen mit mehreren groben Lappen, die durch bindegewebige Züge von einander geschieden sind. „An der Peripherie der Lappen finden sich kleinere kubische, nach innen zu gröfsere geblähte Zellen mit centralem Kern und einem eleganten Netzwerk im Protoplasmakörper. Nach oben zu verschmälert sich der Drüsenkörper, um in einen Ausführungsgang überzugehen, der eine Strecke weit in das Epithel zu verfolgen ist, namentlich wenn er sich an seiner Aufsenseite durch ein schmales Bindegewebslager abgrenzt. Schliefslich aber, in den oberen Epithelschichten, ist der Ausführungsgang nur durch ein einfaches Auseinanderweichen der Epithelien formiert, die der Umgebung gegenüber keine besonderen Differenzierungen mehr zeigen."

Aufser diesen grofsen Drüsen sind noch kleinere höher gelegene vorhanden, die zwischen den Epithelien liegen. Einen Ausführungsgang besitzen nicht alle Drüsen, und so unterscheidet er zwischen „offenen" und „geschlossenen" Drüsen, von denen letztere mitunter deutliche Cystenbildung zeigen und bei denen er auch eine geringfügige entzündliche Reizung am oberen verjüngten Teil der Drüse findet, die an den offenen Drüsen fehlt. Er hat also in seinem Präparat die Befunde von Audry und Delbanco vereinigt, von denen Delbanco ein entzündliches Bild im Präparat sah, während bei Audry keine Spur einer Entzündung zu erkennen war.

Rudimente von Haaren im Zusammenhang mit den Drüsen, wie AUDRY sie beschrieben hat, hat er nicht gefunden.

Was das Vorkommen der Talgdrüsen anbetrifft, so hat BETTMANN dieselben bei Nichtluetikern in 41 Fällen unter 200 Männern, in 6 Fällen unter 100 Weibern und in 16 Fällen unter 42 luetischen Männern, in 4 Fällen unter 25 luetischen Weibern gefunden. Prädisponiert sind Personen jenseits des 40. Lebensjahres, doch ist kein Alter absolut frei. Als hauptsächliches ätiologisches Moment giebt er die Stomatitiden und vor allem die Stomatitis mercurialis an, daneben auch andere Reize wie Tabaksgenufs und schadhafte Zähne.

Die Dauer des Bestehens der Talgdrüsen ist eine sehr verschiedene, so führt er einen Fall an, bei dem dieselben seit mehr als zehn Jahren bestehen sollen und zwar längs des rechten Oberkiefers, dessen sämtliche Zähne sich der betreffende Patient vor acht Jahren hat extrahieren lassen, während sie in anderen Fällen kurze Zeit nach ihrem Auftreten wieder verschwanden. Betreffs der Entstehung dieser Veränderung in der Mundschleimhaut schliefst er sich nicht AUDRYS Hypothese an, sondern glaubt, da der oberste Teil des Verdauungstraktus der Mundbucht entwickelungsgeschichtlich durch ein Zusammenwachsen von Ektoderm und Entoderm entstanden ist, dafs eben der Teil, in dem sich die Talgdrüsen bilden, noch ektodermalen Ursprungs ist. Er hält die Drüsen für vollständig präformierte Gebilde, die sichtbar werden, wenn irgend ein entstehender Reiz ihre Elemente zu stärkerer Funktion anregt und die mit dem Aufhören des Reizes für die makroskopische Beobachtung wieder verschwinden können.

SUCHANNECK hat bei einem Patienten, der an Atrophie der Pharynxschleimhaut litt, die auch schon die Mundschleimhaut in Mitleidenschaft gezogen hatte, gegenüber der Zahnreihe der oberen Molaren und noch ein Stück weiter hinauf vis-à-vis den Gingivae, sowie im interdentalen Raum und vis-à-vis den unteren Molaren gelbe, teils punktförmige, teils hirsekorngrofse Tüpfchen bemerkt, die er anfangs für verkalkte Schleimdrüsen hielt, die sich bei mikroskopischer Untersuchung aber als Talgdrüsen herausstellten.

Er fand „2—3 oder mehr Schläuche oder Bläschen, die in einen Ausführungsgang mündeten. Der ganze Drüsenkomplex erstreckte sich mehr in die Breite als in die Länge. Mehrere Messungen ergaben die Durchmesser 0,1250 : 0,1875 mm; 0,1250 : 0,2 mm bezw. 0,2675 und 0,1625 : 0,25 mm. Einzelne Drüsenbläschen verhielten sich wie 0,0575 zu 0,1375 oder 0,1250 : 0,1500 mm. Die mit Pflasterepithel bekleidete Schleimhaut trug wenig breite und niedrige Papillen. Das Epithel selbst besafs einen Durchmesser von 0,0625—0,125 mm, war in seinen obersten Schichten kernlos, verhornt und hob sich teilweise in Lamellen ab. Stellenweise besafs es kleine 0,05—0,075 mm hohe schlanke Hornspitzen.

Am subepithelialen Gewebe fiel eine der Drüse stellenweis anliegende Infiltrationszone, einem adenoiden Balg ähnelnd, auf. Der Ausführungsgang, 0,125—0,1875 mm breit, war mit dem abgesonderten Sekret der Talgdrüsen und Talgdrüsenzellen gefüllt und durchbohrte die Schleimhaut in schräger Richtung."

Heuss hat bei einem der von ihm untersuchten Patienten vier Wochen nach Einleitung einer Schmierkur eine leichte Stomatitis und das Auftreten von Talgdrüsen, die vorher nicht vorhanden waren, bemerkt.

Bei der mikroskopischen Untersuchung fand er eine von der Stachelschicht der Mundhöhlenschleimhaut ausgehende Talgdrüsenbildung. „Die fettige Metamorphose beginnt mitten in der Stachelschicht des Epithelzapfens, rückt nach unten unter allmählicher Einbeziehung von immer mehr Stachelzellen bis zur Bildung eines typischen birnförmigen Drüsenkörpers; es kommt sogar zur andeutungsweisen Entwickelung eines Porus, ohne daſs jedoch die Verfettung bis zur Oberfläche steigt. Von diesem ersten Entwickelungsstadium bis zur vollständig ausgebildeten Talgdrüse mit deutlichem Ausführungsgang lagen alle Übergänge vor." Daraus kommt er zu dem Schluſs, daſs es sich weder um verirrte, eingestülpte Keime handelt, noch um präformierte Gebilde, die infolge eines Reizes makroskopisch sichtbar werden, sondern, daſs es eine postembryonale typische Talgdrüsenbildung sei, die aus einer primären Wucherung der Stachelschicht der Mundhöhlenschleimhaut hervorgehe.

Lange bevor man die oben beschriebenen Gebilde in der Wangenschleimhaut für Talgdrüsen hielt, war das Vorkommen derselben in der Lippe bekannt. Koelliker beobachtete sie vorzugsweise an der Oberlippe und an dieser bald in der ganzen Breite von einem Mundwinkel zum anderen, bald nur an einzelnen Stellen und dann hauptsächlich in der Gegend nahe den Mundwinkeln, doch können sie dort fehlen und nur in der Mitte der Lippe vorkommen. An der Unterlippe hat er sie, wenn sie dort überhaupt vorhanden sind, nie in der Mitte der Lippe, sondern nur seitlich, dicht am Mundwinkel gesehen. In der Breite der Lippen sitzen die Talgdrüsen hauptsächlich an dem Teil des roten Lippenrandes, der bei leicht geschlossenen Lippen von auſsen sichtbar ist, auch noch vereinzelt an der Berührungsstelle beider Lippen, doch fehlen sie weiter einwärts immer und auch in einem schmalen Saume an der Grenze des behaarten und des roten Lippenteils. Gestützt auf 50 Untersuchungen teilt Koelliker mit, daſs „die Talgdrüsen des roten Lippenrandes sowohl bei Erwachsenen beiden Geschlechtes als auch bei Kindern nahezu konstant sind, immerhin fehlen sie bei dem einen oder anderen Individuum, soweit sich dies beim Lebenden beim Anspannen der Lippen und vom bloſsen Auge erkennen läſst." Vier Fälle erwähnt er, in denen dieselben nicht wahrzunehmen waren.

Die Menge der Drüsen ist sehr wechselnd und geht von 10—20 bis zu 50, ja selbst 100 und mehr. Am häufigsten findet er die Extreme, die Fälle, in denen einmal die Oberlippe in der ganzen Breite eine Zone solcher Drüsen besitzt, die überall zu 3—5 hinter einander liegen und zweitens die, in denen diese Organe nur in einfacher Reihe am Mundwinkel zu sehen sind. Auch glaubt er, dafs die Zahl der Drüsen bei einem und demselben Individuum nicht immer dieselbe ist, dafs solche Drüsen vergehen und neu entstehen wie die Haare.

Im mikroskopischen Bau und im Inhalt stimmen diese Talgdrüsen mit denen anderer Orte überein, doch hat er in einzelnen Fällen in den Ausführungsgängen Bildungen gesehen, die ganz rudimentäre Härchen zu sein schienen. Hervorragende Härchen wurden nirgends gesehen.

Was ihre Entstehung betrifft, so hebt er im allgemeinen hervor, dafs an den meisten Stellen, wo die äufsere Haut und Schleimhäute zusammentreffen, von den Hautdrüsen die Talgdrüsen sich am längsten erhalten. So aufser am Lippenrot an den Augenlidern als Meibomsche Drüse, an den kleinen Schamlippen, am Praeputium und an der Glans penis. Auch am Anus hat er einwärts der behaarten Stellen in einzelnen Fällen noch Talgdrüsen gefunden.

Ich habe, veranlafst durch Herrn Prof. Seifert, Untersuchungen über das Vorkommen von Talgdrüsen in der Lippen- und Mundschleimhaut gemacht und folgendes gefunden:

Die Untersuchungen wurden zum Teil im Spital, zum Teil in Polikliniken vorgenommen. Von den Kindern wurden die meisten in der zahnärztlichen Poliklinik untersucht. Die mikroskopische, sowie die Untersuchung an Leichen wurde im anatomischen Institut in München vorgenommen.

Im Ganzen wurde bei 450 Personen auf das Vorkommen von Talgdrüsen im Munde und auf der Lippe geforscht und zwar bei 252 männlichen und 198 weiblichen Individuen.

Auf die einzelnen Altersklassen verteilt waren:

männlich						weiblich					
2	im Alter	von	0—5	Jahren;		4	im Alter	von	0—5	Jahren	
15	„	„	6—16	„		62	„	„	6—13	„	
102	„	„	17—30	„		64	„	„	14—30	„	
55	„	„	30—50	„		17	„	„	31—50	„	
37	„	„	51 und darüber;			5	„	„	51 und darüber.		

Bei 87 Individuen und zwar 41 männlichen und 46 weiblichen war kein Alter angegeben.

Positiven Befund, also das Vorhandensein von Talgdrüsen, fand ich in 139 Fällen und zwar unter den 252 untersuchten männlichen Personen in 79 Fällen, unter denen 198 weiblichen in 60 Fällen.

An diesem Ergebnis beteiligen sich die einzelnen Altersklassen folgendermafsen:

A. männliche:

Von	den	2	untersuchten	im	Alter	von	0—5	Jahren	hatten	Tgdr. 1
„	„	15	„	„	„	„	6—16	„	„	„ 1
„	„	102	„	„	„	„	17—30	„	„	„ 23
„	„	55	„	„	„	„	30—50	„	„	„ 21
„	„	37	„	„	„	„	51 und darüber	„	„	16
„	„	41	„	ohne Altersangabe				„	„	17.

Unter den 16 Leuten über 51 Jahren, bei denen Talgdrüsen teils an der Lippe, teils in der Mundschleimhaut gefunden wurden, waren 8 unter 60 Jahren, 3 zwischen 60 und 70 Jahren, 4 über 70 und einer 80 Jahre alt.

B. weibliche:

Von	den	4	untersuchten	im	Alter	von	0—5	Jahren	hatten	Tgdr. 1
„	„	62	„	„	„	„	6—13	„	„	„ 26
„	„	64	„	„	„	„	14—30	„	„	„ 13
„	„	17	„	„	„	„	31—50	„	„	„ 6
„	„	5	„	„	„	„	51 und darüber	„	„	2
„	„	46	„	ohne Altersangabe				„	„	12.

Von den zwei Frauen über 51 Jahren war eine 61, die andere 69 Jahre alt.

Aus dieser Statistik geht hervor, dafs alle Altersklassen beiderlei Geschlechts diese Veränderung der Schleimhaut aufzuweisen haben.

Der Sitz und die Anzahl der Talgdrüsen war sehr verschieden. Bei 69 Personen und zwar zwischen 5 und 69 Jahren fanden sie sich nur an den Lippen vor und zwar meistens an der Unterlippenschleimhaut, wenig an der Oberlippe oder über beide verbreitet, dagegen in grofser Anzahl am Lippensaum und zwar hier meistens am oberen Lippensaum. Was die Anzahl anbetrifft, so waren sie mitunter so spärlich, dafs man die gelben Punkte nur bei starker Anspannung sehen konnte, manchmal aber so reichlich gehäuft, dafs sie sich schon in einer Entfernung als weifslich gelbe Streifen präsentierten. Sie zogen sich dann meistens von einem Mundwinkel zum anderen hin, nahmen in der Mitte aber an Dichtigkeit ab.

Bei 20 Personen zwischen 7 und 80 Jahren fand ich diese Veränderung aufser an den Lippen noch an der Schleimhaut des Mundes. Am meisten befallen war auch hier wieder die Unterlippe, im Munde die Zahnleisten und zwar am häufigsten gegenüber den Molarzähnen, mitunter bis zum Kieferwinkel, ja in einem Falle, bei einem 80jährigen Manne, befanden sich massenhaft Drüsen am Ober- und Unterlippensaum, spärlicher auf der Lippenschleimhaut, während sie im Munde an der Zahn-

leiste und am aufsteigenden Kieferast der einen Seite aufserordentlich zahlreich waren und stark hervorsprangen.

Bei 50 Personen im Alter von 6 bis 74 Jahren fanden sich Talgdrüsen in der Mundschleimhaut, während die Lippen ganz frei waren. Der Prädilektionssitz war hier wieder die Zahnlinie und zwar meistens einseitig von vorn nach hinten ziehend, in einem Falle in 6—10 Reihen angeordnet, die von oben nach unten gingen. In mehreren Fällen fand ich auch mehr oder weniger reichliche Drüsen am Kieferwinkel, in zwei Fällen am weichen Gaumen, einmal an den beiden vorderen Gaumenbögen.

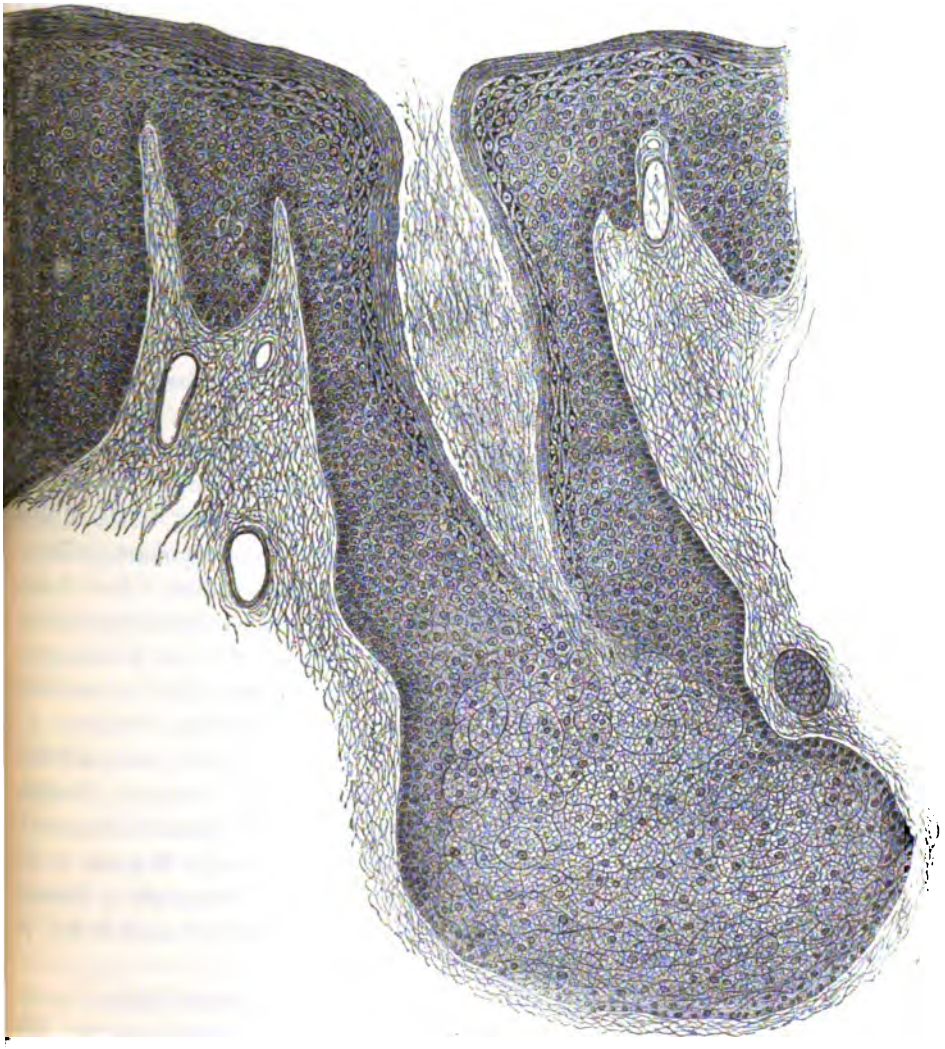
Fast in keinem der Fälle konnte mir angegeben werden, seit wann diese Erscheinungen beständen, ja die meisten wufsten nichts davon.

Was die Ätiologie anbelangt, so waren bei einigen noch andere Erscheinungen einer entzündlichen Reizung der Schleimhaut zu sehen, viele waren starke Raucher, bei den Kindern und auch bei vielen Frauen waren meistens mehr oder weniger schadhafte Zähne vorhanden.

Einigemal wurden Talgdrüsen in der Schleimhaut bei Luetikern, zweimal bei gleichzeitig vorhandener Stomatitis mercurialis gefunden. Doch traten die Drüsen bei diesen nicht stärker hervor als bei anderen Leuten, während bei einer ganzen Reihe von Luetikern, die zum Teil augenblicklich keine, zum Teil sekundäre Erscheinungen aufwiesen, trotz sorgfältiger Untersuchung keine Talgdrüsen nachgewiesen werden konnten.

Die mikroskopische Untersuchung eines solchen excidierten Schleimhautstückes ergab einfache alveoläre Drüsen, die ziemlich tief in das subepitheliale Bindegewebe eingesenkt sind und an der Peripherie von einer dichten Lage Bindegewebe umgeben werden. Die Gestalt ist birnenförmig. Die einzelnen Zellen der Drüsen stehen in verschiedenen Graden der Verfettung, und zwar finden wir in ihnen alle Zellen, die die verschiedenen Schichten der Schleimhaut bilden, mehr oder minder verändert wieder. Das Stratum corneum, das die Schleimhautoberfläche bekleidet, setzt sich auf den Ausführungsgang fort, verliert kurz vor der rechtwinkligen Umbiegungsstelle seine deutlichen schmalen Kerne und nimmt auch von dort an die diffuse Eosinfärbung weniger an. Im Ausführungsgang selbst weichen diese Lamellen, die parallel zur Axe des Ganges stehen, oft auseinander und verlieren sich schliefslich am Hals der Drüse. Ebensoweit gehen auch die darunter liegenden Zellen des Stratum granulosum, die aber im Ausführungsgang bedeutend dichter stehen als an der Oberfläche der Schleimhaut, während die grofsen runden Zellen des Stratum spinosum in die Drüse übergehen und das Hauptkontingent ihrer Zellen liefern. Sie sind es auch, die von der sich allmählich immer mehr ausbreitenden fettigen Degeneration befallen werden. Die Verfettung hat auch die Zellen des Drüsenhalses ergriffen und die dort

liegenden Lamellen des Stratum corneum und die Zellen des Stratum granulosum nach ihrer Einschmelzung durch den Ausführungsgang entfernt. Durch die so entstandene Lücke in den beiden obersten Schichten wird eine Kommunikation der Drüse. in der die Verfettung sich immer weiter nach unten ausbreitet, mit der Oberfläche gebildet.



Die kubischen Grundzellen des Epithels, das Stratum germinativum, umgeben in gleicher Form, wie dies bei den einfachen Epithelzapfen geschieht, die ganze Drüse. Die Gefäfse schlingen sich so fest um die Drüse herum, dafs sie sich an einzelnen Stellen tief eingeschnürt haben.

Die Talgdrüsen in der Schleimhaut repräsentieren sich mithin als eine Einstülpung des Epithels, an welcher sich sämtliche vier Schichten der Schleimhaut beteiligen.

Der Inhalt des Ausführungsganges ist vollständig strukturlos und weist dasselbe Bild auf, das das Sekret gewöhnlicher Talgdrüsen zeigt, wenn es nach gleicher Fixierung mit denselben Farbmitteln behandelt wird. Haare und Rudimente von Haaren, wie sie KÖLLIKER und AUDRY beschrieben haben, sind nirgends zu beobachten.

Verschiedene Epithelzapfen zeigten inmitten normalen Epithelgewebes einige gröfsere helle polygonale Zellen, die wie Vorstufen beginnender fettig degenerierter Zellen erscheinen.

Die Untersuchung an Leichen wurde derartig vorgenommen, dafs die Schleimhaut der Lippen und, soweit es ohne äufsere Verletzung anging, die der Wangen vom Zahnfleisch bis zum Zahnfleisch abpräpariert wurde. In fünf Fällen gelang es auch die Schleimhaut des Gaumens und zwar an der Übergangsstelle zwischen hartem und weichem Gaumen nahe der Medianlinie abzutrennen.

Im ganzen wurden 10 Leichen untersucht und zwar bald nach ihrem Eintreffen ins Institut.

An den excidierten Schleimhautstücken war nichts derartiges zu sehen, was auf ein Vorhandensein von Talgdrüsen schliefsen liefse. Die Stücke zeigten eine gleichmäfsige blasse Färbung, ohne dafs irgend welche Stellen durch eine gelbliche oder weifse Farbe oder durch die eigenartige Körnelung, wie sie an Lebenden beobachtet wurde, hervortraten. Auf Zusatz von Essigsäure, die mit einem feinen Pinsel auf die ausgebreiteten Schleimhautstücke aufgestrichen wurde, traten an einigen Stellen kleine grauweifse Körner auf, die zum Teil vereinzelt standen, zum Teil in einfacher oder doppelter Reihe angeordnet waren. Die gröfseren erreichten die Gröfse eines Stecknadelkopfes, waren mithin makroskopisch leicht sichtbar, kleinere konnten erst mit Lupenvergröfserung gesehen werden. Nirgends prominierten sie über das Niveau der Schleimhaut. Gröfsere Schleimhautstücke waren leichter zu untersuchen, wenn sie auf einige Minuten in die Essigsäurelösung hineingelegt wurden. Wurden die Präparate in Alkohol gelegt, so waren diese grauweifsen Punkte desto schwerer aufzufinden, je länger die Schleimhautstücke im Alkohol lagerten.

Eine spätere mikroskopische Untersuchung einiger solcher punktförmigen Stellen ergab ein ähnliches Bild von Talgdrüsen wie an dem oben beschriebenen der lebenden Schleimhaut entnommenen Präparat.

Vorgekommen sind diese Talgdrüsen in den von mir untersuchten Fällen 1 mal nur an der Unterlippe, 1 mal an Unter- und Oberlippe, 2 mal an Unterlippe und in der Mundschleimhaut und 5 mal nur in der Mundschleimhaut.

In der Mundschleimhaut fanden sie sich zum Teil nur an einer der Wangenseiten oder an beiden Seiten gegenüber den Zähnen vereinzelt oder von vorne nach hinten verlaufend, in zwei Fällen aufserdem am weichen Gaumen nahe der Übergangsstelle in den harten in der Gegend der Medianlinie als einzelne zerstreute Punkte angeordnet. Am harten Gaumen habe ich keine derartigen Gebilde gesehen, auch nirgends eine derartige dichte Anordnung und grofse Zahl von Talgdrüsen an einer Stelle beobachtet, wie sie an Lebenden in die Erscheinung treten.

Was nun die Entwickelung der Talgdrüsen auf einer Schleimhaut, also einer normalerweise von Talgdrüsen freien Stelle betrifft, so ist gegen Audrys Hypothese, „dafs es sich um verirrte eingestülpte Keime handelt, die aus dem fötalen Leben stammen und sich in der Pubertät und zu derselben Zeit mit den Kopf- und Schnurrbarthaaren entwickeln" vor allem auch der Umstand anzuführen, dafs ich die Drüsen bei Personen jeden Alters beiderlei Geschlechts gefunden habe. Ob Bettmann mit seiner Annahme, dafs gerade der Teil, an dem sich Talgdrüsen befinden, zum entwickelungsgeschichtlich ektodermalen Teil der Mundbucht gehört, dafs es sich also um präformierte Gebilde handelt, die durch einen äufseren Reiz makroskopisch in die Erscheinung treten, Recht hat, können nur weitere genauere Untersuchungen ergeben. Hingegen neigen meine mikroskopischen Untersuchungen unzweifelhaft mehr zu der von Heuss aufgestellten Behauptung hin, dafs es sich nicht um eingestülpte verirrte Keime handelt, noch um präformierte Gebilde, die infolge eines Reizes makroskopisch sichtbar werden, sondern dafs die Talgdrüsen in der Mundhaut sich postembryonal entwickeln. Bezweifeln möchte ich jedoch, dafs diese „typische Talgdrüsenbildung", wie er es nennt, aus einer primären Wucherung der Stachelschicht der Schleimhaut hervorgehe. Nach den oben näher beschriebenen Präparaten ist es eher anzunehmen, dafs sich an der Talgdrüsenbildung alle vier Schichten des Schleimhautepithels beteiligen und zwar derart, dafs sich an einer vorher intakten Schleimhautstelle das ganze Epithel einzustülpen beginnt und so die Drüse bildet, wobei die einzelnen Zellschichten die schon oben beschriebenen mehr oder minder grofsen Veränderungen durchmachen.

Die bisher veröffentlichten und auch meine mikroskopischen Untersuchungen weichen von denen Audrys und Köllikers darin ab, dafs diese im Ausführungsgange der Drüsen Gebilde gesehen haben, die sie für rudimentäre Haare ansahen. Erwähnenswert und vielleicht entwickelungsgeschichtlich zu verwerten ist die Thatsache, dafs beim Kaninchen in der Mundhöhle sich auf jeder Seite ein breiter von der Mundhaut bis zu den Backenzähnen reichender Streifen von langen steifen, dichtstehenden Haaren befindet, zwischen welchen unter dem Mikroskop grofse Papillen hervorragen. Die Haare stehen also in diesem Falle an der-

selben Stelle, an der meistens die Talgdrüsen in der Mundschleimhaut beim Menschen gefunden werden. Ähnlich verhält es sich beim Biber, aber auch andere Tiere besitzen eine teilweise Behaarung der Mundschleimhaut. So erwähnt OPPEL einige, die denselben Befund zeigen, jedoch nicht zu den Nagetieren gehören.

Behandlung der Präparate mit absolutem Alkohol. Färbung mit Hämalaun und Eosin.

Am Schlufs meiner Arbeit erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Prof. SEIFERT für die freundliche Überweisung des Themas und die gütige Unterstützung bei der Bearbeitung desselben sowie Herrn Prof. RÜCKERT und Herrn Prof. MOLLIER für das Überlassen des Materials und für das liebenswürdige Interesse, das sie meiner Arbeit entgegenbrachten, meinen herzlichsten Dank auszusprechen. In gleicher Weise fühle ich mich Sr. Excellenz Herrn Geh. Rath VON KÖLLIKER für die Übernahme des Referates zu Dank verpflichtet.

Litteratur.

AUDRY, Über eine Veränderung der Lippen- und Mundschleimhaut, bestehend in der Entwickelung atrophischer Talgdrüsen. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 29, No. 3, S. 101.

BETTMANN, Über das Vorkommen von Talgdrüsen in der Mundschleimhaut. VII. Versammlung des Vereins süddeutscher Laryngologen zu Heidelberg, 4. Juni 1900. Selbstverlag des Vereins, Heidelberg 1900.

DELBANCO, Biologische Abteilung des Hamburger ärztlichen Vereins, Sitzungsberichte. *Münch. med. Wochenschr.* 1898. No. 47, S. 1510.

— ibidem 1899. No. 14, S. 459.

— Über die Entwickelung von Talgdrüsen in der Schleimhaut des Mundes. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 29, No. 3, S. 104.

— ibidem No. 8, S. 353.

FORDYCE, A peculiar affection of the mucous of the lips and oral cavity. *Journ. of cut. and gen.-urin. diseases.* November 1896.

HEUSS, Über postembryonale Entwickelung von Talgdrüsen in der Schleimhaut der menschlichen Mundhöhle. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 31, No. 11.

KÖLLIKER, A., Über das Vorkommen von freien Talgdrüsen am roten Lippenrand des Menschen. *Zeitschr. f. wissenschaftl. Zoologie.* 1862. Bd. 11, S. 341.

KRAUSE, Anatomie des Kaninchens.

MONTGOMERY und HAY, Talgdrüsen in der Schleimhaut des Mundes. *Dermat. Zeitschr.* 1899. Bd. 6, Heft 6.

OPPEL, Lehrbuch der vergl. mikr. Anatomie der Wirbeltiere. III. Teil, S. 46.

SUCHANECK, Über gehäuftes Vorkommen von Talgdrüsen in der menschlichen Mundschleimhaut. *Münch. med. Wochenschr.* 1900. No. 17, S. 575.

Aus der Praxis.

Zur Behandlung der Impetigo vulgaris.

Von

Dr. Menahem Hodara-Konstantinopel.

Von den verschiedenen Behandlungsarten der Impetigo vulgaris (Unna) oder der Impetigo contagiosa möchte ich ganz besonders das folgende, im übrigen wohlbekannte Verfahren empfehlen:

Die Impetigopusteln werden täglich oder jeden zweiten Tag einmal mit einer 50%igen Höllensteinlösung betupft; die Heilung erfolgt bereits nach zwei- bis viermaliger Ätzung.

Handelt es sich um Säuglinge und will man den Eltern keine so starke Höllensteinlösung anvertrauen, so empfiehlt es sich, mit einer 2—10%igen Lösung täglich ein- bis zweimal zu ätzen und hinterher mit Kalomel 1,0, Amyl. 9,0 zu pudern.

(Übersetzt von Dr. Türkheim-Hamburg.)

Fachzeitschriften.

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1901. Heft 5.

1. **Das Rezidiv der Blasensteine**, von Guyon. Blasensteinrezidive kommen sowohl nach Lithotripsie, wie nach Sectio alta vor, wie 3 hier mitgeteilte Fälle beweisen. Um die Kranken vor solchen Rezidiven zu schützen, muſs zunächst vor jeder Steinoperation die erkrankte Blasenschleimhaut entsprechend behandelt werden. Liegen anatomische oder physiologische Veränderungen der Blase vor, so ist die Lithotripsie in mehreren Sitzungen durchzuführen; alle, auch die kleinsten Steinfragmente müssen durch wiederholte Spülungen, bezw. Aspiration entfernt werden. Handelt es sich um Phosphatsteine, die sekundär als Folge einer Cystitis mit neutralem oder alkalischem Urin entstanden sind, so ist die Cystitis nach der Entfernung der Steine aufs sorgfältigste weiterzubehandeln; das souveräne Mittel in solchen Fällen ist das Argentum nitricum, welches die saure Reaktion des Urins rasch und sicher wiederherstellt. Diät und Lebensweise sind nach Entfernung von Urat- wie Phosphatsteinen in der dem Falle entsprechenden, allgemein bekannten Weise zu regulieren. Von gröſster prophylaktischer Bedeutung ist die fortlaufende Kontrolle der Reaktion des Urins; nach Entfernung von Phosphatsteinen muſs, sobald die Reaktion schwächer sauer, neutral oder alkalisch wird, Argentum nitricum angewendet werden, nach Ent-

fernung von Uratsteinen erfordert etwaiges Stärkerwerden der sauren Reaktion oder erhöhter Gehalt des Harns an Harnsäure vermehrten Gebrauch von Alkalien und entsprechende Änderung der Diät.

2. **Einige Bemerkungen über den Prostatismus vom anatomisch-pathologischen Standpunkte aus,** von Stanislas Ciechanowski-Krakau. Die hier mitgeteilten Untersuchungen sind nicht neu; sie wurden bereits in den Jahren 1898 und 1899 in polnischer Sprache und 1890 in deutscher Sprache in den *Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie* veröffentlicht. Die Untersuchungen haben ergeben, daſs entgegen der Behauptung Guyons und seiner Schüler der sogenannte Prostatismus, d. h. die Blasenstörungen, wie sie bei alten Männern mit und ohne Prostatahypertrophie, wie auch bei alten Frauen vorkommen, nicht durch Arteriosklerose verursacht sind. Die anatomischen Grundlagen dieser Störungen, die der Verfasser als „Blaseninsufficienz der Greise" bezeichnet, sind vielmehr in einer Altersatrophie des Blasenmuskels, in mechanischer Behinderung des Harnabflusses durch eine hypertrophische Prostata und in chronischen Entzündungen der Blase zu suchen. Jede dieser drei Schädlichkeiten ist auch für sich allein im stande, die Symptome des Prostatismus zu erzeugen. — Die senile Prostatahypertrophie selbst ist stets die Folge chronischer Entzündungsprozesse, die ganz auſserordentlich langsam verlaufen und wahrscheinlich blennorrhoischen Ursprungs sind. Die Fälle von Prostatahypertrophie, denen eine epitheliale Neubildung zu Grunde liegt, bilden eine eigene Gruppe.

3. **Über zwei Fälle von Lithotripsie ausgeführt unter Analgesie durch Kokainisierung des Rückenmarks,** von Kallionzis-Athen. Der Verfasser hat sich bei zwei Lithotripsien der lokalen Anästhesie durch Kokainisierung des Rückenmarks bedient. Er hielt sich dabei genau an die von Tuffier gegebenen Vorschriften und war mit dem Erfolg sehr zufrieden; die Blase blieb in beiden Fällen während der ganzen Operation, insbesondere auch während der Aspiration, unempfindlich und reaktionslos. Von Nebenwirkungen waren Kopfschmerzen und Verlangsamung des Pulses zu verzeichnen. *Götz-München.*

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

1901. Band 56, Heft 1.

I. **Zur Kenntnis des Keratoma hereditarium palmare et plantare,** von Hans Vörner-Leipzig. Nach einem Überblick über die im ganzen sehr spärliche Litteratur des von Unna so benannten und von Thost zuerst beschriebenen Keratoma hereditarium palmare et plantare teilt der Verfasser seine eigenen Beobachtungen mit. Dieselben beziehen sich auf eine Familie, bei der die Affektion durch vier Generationen nachzuweisen war. Von 40 Mitgliedern dieser Familie hatten 16 (= 40%) den eigentümlichen Zustand an Händen und Füſsen geerbt. Derselbe ist charakterisiert durch eine sehr starke, scharf begrenzte Verdickung der Hornschicht an den Handtellern und Fuſssohlen. Die Schweiſssekretion ist an den befallenen Stellen ungleich stärker als an den intakten Hautpartien und verleiht jenen die Beschaffenheit eines dicken, durchfeuchteten Sohlenleders. Bei einzelnen Patienten sieht man mehr oder weniger tiefe Risse, andere sind davon frei. Die Dickenzunahme der Hornschicht erfolgt ganz allmählich und ist von Temperatureinflüssen unabhängig. Sie beginnt zumeist schon wenige Wochen nach der Geburt der Patienten mit einer gröſseren Festigkeit der Haut der Handteller und Fuſssohlen, während am Rande der Hände und Füſse eine gerötete Zone den Übergang in die normale Haut vermittelt. Hand- und Fuſsflächen schwitzen, wie bei den Erwachsenen, sehr stark. Von Interesse ist, daſs nur männliche Mitglieder der Familie befallen wurden. Der Verfasser beschreibt eingehend

das Resultat der histologischen Untersuchung. Aus derselben geht hervor, dafs alle Schichten der Epidermis gegenüber der Norm an Mächtigkeit bedeutend zugenommen haben, während qualitativ keine Abweichung besteht. Die Entwickelung der Reteseilen bis zu den Hornplättchen geht in normaler Weise vor sich. Es fehlen alle Anzeichen einer entzündlichen Veränderung. Man könnte das histologische Bild als Riesenwuchs der Epidermis bezeichnen. In der Umgebung der Schweifsdrüsen sind die interstitiellen Räume stark erweitert; die Retezellen zeigen vakuolenartige, kugelige Tröpfchen. Im ganzen erinnert hier das Bild an das des entzündlichen Ödems. In Wirklichkeit handelt es sich um Imbibition dieses Reteteiles mit Schweifs. Dabei hat Verfasser die Beobachtung Thosts bestätigen können, dafs die Papillenspitzen sämtlich nach einer Richtung und zwar nach den schweifsimbibierten Stellen des Rete hin geneigt sind.

Der Verfasser bespricht an der Hand der Litteratur die Differentialdiagnose.

II. **Experimente über die Desinfektion von Wunden, welche mit Eiter von Ulcus molle infiziert wurden**, von G. Giovannini-Turin. Der Verfasser resumiert seine Versuche etwa folgendermafsen: Es wurden 21 flache Wunden, nachdem sie mit dem Eiter von venerischen Geschwüren infiziert worden waren, sich selbst überlassen, da sie zur Kontrolle dienen sollten, und obgleich sie zum gröfsten Teile nur mit einer geringen Menge infiziert worden waren, waren doch alle bereits am vierten oder fünften Tage in charakteristische venerische Geschwüre umgewandelt. 85 flache Wunden dagegen wurden, nachdem sie mit dem Eiter von venerischen Geschwüren infiziert worden waren, Desinfektionsversuchen mit chemischen Substanzen unterworfen, und 34 (= 40 %) unter den 85 wandelten sich nicht in Geschwüre um. Daraus kann der Schlufs gezogen werden, dafs die Desinfektion einer flachen Wunde, welche mit dem Eiter venerischer Geschwüre in Berührung gebracht wurde, thatsächlich möglich ist. Der Erfolg ist ein rascher oder ein verzögerter oder ein vollständig negativer, je nachdem die Desinfektion kürzere oder längere Zeit nach der Infektion stattfindet. Er ist aber auch abhängig von der Art der zur Anwendung kommenden chemischen Substanzen, ferner von der Art der Applikation der letzteren. Die besten Resultate erzielte Verfasser durch mechanisches Einreiben der chemischen Agentien.

Die Umwandlung der infizierten Wunden in Geschwüre wurde verhindert unter anderem durch Einseifen mit gewöhnlicher Seife und Wasser von Zimmertemperatur, 10—15 Minuten nach der Infektion angewendet und durch 10, resp. 15 Minuten hindurch ausgeführt; oder durch Einseifen mit gewöhnlicher Seife oder mit Sublimatseife (1 : 100) und heifsem Wasser von 47—39° C. wenn sie 10, 15, 30 Minuten nach der Infektion angewendet und in der Dauer von 10—15 Minuten ausgeführt werden; oder durch eine Waschung mit Karbollösung (5 : 100) oder mit Kalium permanganicum-Lösung (1 : 100) bei Zimmertemperatur 10 Minuten nach der Infektion durch 5 Minuten hindurch ausgeführt.

Bei allen Applikationen spielt die mechanische Einreibung der Desinfizienzien eine sehr wesentliche Rolle.

III. **Über atypische Horngebilde**, von K. Herxheimer und R. Hildebrand-Frankfurt a. M. Die Verfasser fanden bei der Untersuchung mehrerer Plattenepithelcarcinome der Haut im Protoplasma von Carcinomzellen nach Formolhärtung und Cresylechtviolettfärbung eigentümliche, meist runde, häufig auch ovale, seltener halbmondförmige Gebilde, die mit dem Zellenkern niemals kontinuierlich zusammenhingen, sondern von demselben durch einen mehr oder weniger breiten Saum ungefärbten Protoplasmas geschieden waren. Man beobachtet meistens in einer Zelle nur ein derartiges Gebilde; zuweilen kommen aber zwei vor,

die dann konfluieren und eine achtförmige Gestalt annehmen. Diese in das Protoplasma eingesprengten Gebilde fanden sich ausschliefslich in solchen Zellen, die in der Umgebung von Kankroidperlen gelegen waren und den Zellen der Keimschicht entsprachen. Was ihre Häufigkeit betrifft, so begegnet man ihnen etwa in jedem dritten oder vierten Schnitte, nicht in allen Präparaten. Die Verfasser erörtern an der Hand der einschlägigen Litteratur die Deutung dieser Gebilde und kommen zu dem Schlusse, dafs es echte, in der lebensfähigen Epidermis gelegene Hornsubstanzen sind, die nur bei Plattenepithel-Carcinomen mit besonders intensiver Verhornung und zwar nur in der nächsten Umgebung von Kankroidperlen angetroffen werden. Sie sind wahrscheinlich identisch mit den von Ernst beschriebenen „kugeligen Gebilden" und dienen den Verfassern als sicherer Beweis dafür, dafs die Verhornung sich nicht immer, wie Unna annimmt, nur auf den Zellmantel beschränkt, noch dafs sie, wie Recklinghausen meint, vom Kern ausgeht.

IV. **Experimentelle Untersuchungen über die Quecksilberresorption bei der Schmierkur**, von Fritz Juliusberg - Breslau. Nach einem Überblick über die einschlägige Litteratur beschreibt der Verfasser ausführlich seine eigenen Versuche, auf Grund deren er sich zu folgenden Schlüssen berechtigt glaubt:

1. Von dem Quecksilber der grauen Salbe gelangt ein Teil durch die Lungen, ein Teil durch die Haut in den Organismus.

2. Der Teil, der durch die Lunge zur Aufnahme kommt, ist der beträchtlichere.

3. Der Teil, der durch die Haut aufgenommen wird, wird nicht in dem Aggregatzustande, den das Hg in der grauen Salbe besitzt, resorbiert, sondern in Form einer resorbierbaren chemischen Salzverbindung.

4. So grofse Mengen verdunstenden Hg's den Körper auch umgeben, es gelangt doch nur ein ganz geringer, praktisch irrelevanter Teil dieses Quecksilbers durch die Haut (vielleicht auch in Form resorbierbarer Salzverbindungen) in den Körper.

Was die Ausscheidung des Quecksilbers betrifft, so haben die Versuche des Verfassers entgegen der Ansicht Mergets ergeben, dafs das vom Organismus aufgenommene Hg nicht mit der Ausathmungsluft eliminiert wird.

V. **Epithelioma adenoides cysticum**, von W. Wolters-Bonn. Verfasser hatte Gelegenheit, einen ihm in der Bonner Klinik zur Verfügung gestellten Tumor histologisch zu untersuchen. Es handelte sich um eine angeborene, kleine, etwa linsengrofse, gelblichrot gefärbte Geschwulst, die über der rechten Augenbraue eines 20jährigen Mädchens gelegen war. Aus kosmetischen Gründen wurde der Tumor excidiert, in Alkohol gehärtet, die Schnitte mit Hämatoxylin, Carmin, Pikrocarmin, nach Weigert und anderen Methoden gefärbt. Bei schwacher Vergrösserung glaubte man auf den ersten Blick ein Hämangioendothelioma vor sich zu haben. Die Untersuchung bei starker Vergrösserung ergab jedoch, „dafs man es mit einer wahrscheinlich kongenitalen Neubildung zu thun habe, die vom Epithel der Oberhaut ausgeht, und zwar entweder direkt oder indirekt von den Haarbälgen oder Talgdrüsenausführungsgängen. Sie wird gebildet von langen, schmalen Epithelsträngen, die in den verschiedensten Richtungen verlaufen, sich gabeln, kreuzen und durchflechten, während die von dem Hals der Talgdrüsen ausgehenden Stränge oft breitere, eckigere Zellzüge und Massen darstellen, von denen dann aber wieder schmale Stränge auslaufen. Diesen schmäleren oder breiteren Epithelzügen sind Cysten interponiert, die zum Teil verhornte Zellen und Hornkugeln, zum Teil Kolloidkugeln enthalten, oft aber ganz oder zum gröfsten Teile verkalkt sind.

Gröfsere, Hornkugeln führende Cysten liegen dicht unter dem Epithel und zeigen neben Keratohyalineinlagerung in ihren innersten Zelllagen auch strangartige Epithelfortsätze, welche einen Zusammenhang mit Epithelsträngen wahrscheinlich

machen. Die übrigen Organe der Haut sind intakt. Es würde sich demnach um einen epithelialen Tumor handeln, der wegen seines Verlaufes den Zusatz benigne verdiente, dem aber andererseits wegen seiner Cystenbildung das Epitheton „cysticum" beigelegt werden müfste, ohne dafs damit der eigenartigen, strangförmigen Bildung seiner Elemente gebührend Rechnung getragen wäre."

Verfasser vergleicht im folgenden seine Befunde mit analogen aus der einschlägigen Litteratur. (Schluſs folgt.)

VI. **Über die Lagerung der Gonokokken in blennorrhoischen Sekreten,** von Robert Herz-Prag. Verfasser unterzieht die einschlägige Litteratur einer kritischen Durchsicht und bemerkt am Schlusse seiner Arbeit, dafs es „Thatsache sei, dafs er in jenen Sekreten vorwiegend intracelluläre Gonokokken konstatieren konnte, in welchen die Leukocyten mehr oder weniger dicht gedrängt beisammen lagen; andererseits hauptsächlich dort extracelluläre Gonokokken sich zeigten, wo die Leukocyten an Zahl abzunehmen begannen. Ebenso sicher sei es, dafs der Lagerung der Gonokokken keine prognostische Bedeutung zukommen kann, wie sie ihr Podres und Drobny zuzuschreiben versucht haben. Denn in akuten, auf der Höhe des Prozesses stehenden Blennorrhoen ist die extracelluläre Lagerung der Gonokokken, wie Lanz neuerdings nachgewiesen hat, stets artifizieller Natur, d. h. nur auf die Art der Gewinnung des Sekretes zurückzuführen."

VII. **Ein Fall von eigenartiger Hautveränderung: „Chalodermie" (Schlaffhaut),** von L. von Kétly-Budapest. Eine 30jährige, phthisisch belastete Frau suchte wegen eines hartnäckigen Hustens und Nachtschweifses die Budapester medizinische Klinik auf. Bei der Untersuchung der Patientin wurde Verfasser auf die Hautveränderung aufmerksam. Diese hat vor ca. 12 Jahren damit begonnen, dafs zunächst die Haut über den beiderseitigen Glutaealgegenden weicher wurde, sich nach und nach ausdehnte, um schliefslich förmlich herabzuhängen. Derselbe Zustand trat später an den beiden bis dahin völlig normalen Brüsten, die schliefslich schlaff und breit herabhingen, ein. Hierauf wurde die Bauch- und Rückenhaut in ähnlicher Weise befallen; sie wurde weich und runzelig und hing dann in grofsen Massen herab. Das Gesicht blieb frei, so dafs von dem Leiden der Patientin, wenn dieselbe angekleidet war, nichts wahrgenommen wurde. Nur das Gewicht der grofsen, herabhängenden Massen erschwerten das Gehen der Patientin, die infolge dessen rasch über Ermüdung klagte. Ein ähnlicher Fall ist in der Familie nicht vorgekommen.

Ein Stück der Rückenhaut wurde excidiert und von Dr. Nékam mikroskopisch untersucht. Aus den histologischen Befunden ergiebt sich, dafs die Erscheinungen auf Veränderungen zurückzuführen sind, welche in den tieferen Teilen des Stratum reticulare und in der Subcutis ihren Sitz haben. Diese Veränderungen sind charakterisiert: 1. durch einen auffallenden Mangel an dicken Kollagen- und elastischen Balken; 2. durch eine hochgradige Erweiterung der Blutgefäfse; 3. durch eine sehr starke, diffuse, eigentümliche Zellinfiltration, welche das lockere Bindegewebe, namentlich in der Umgebung der Schweifsdrüsenschlingen erfüllt. An diesen infiltrierten Stellen sieht man zunächst verhältnismäfsig viele, multipolare und multinukleäre, sehr grofse, sternförmige Bindegewebszellen, deren Protoplasma bald stark basophil, bald wieder acidophil oder zur Färbung kaum geneigt ist. Aufser diesen Zellen finden sich rundliche, mit reichlichen acidophilen Körnern versehene Zellen. Schliefslich bemerkt man noch in grofser Zahl sich stark färbende, gewöhnliche Bindegewebszellen von Sternform.

Verfasser vergleicht an der Hand der einschlägigen Litteratur seine Befunde mit denen anderer Autoren und gelangt zu dem Schlusse, dafs es sich bei seinem Falle nicht um eine Cutis laxa oder hyperelastica handelt, dafs die pathologischen

Hautveränderungen nicht auf einer abnorm erhöhten Dehnbarkeit und Elastizität beruht, sondern daſs das Unterhautzellgewebe bedeutend vermehrt ist, und durch seine Schwere die Haut in groſsen Falten schlaff herabhängt.

Verfasser hat, ohne die Möglichkeit einer vorliegenden Elephantiasis in Betracht zu ziehen, für die Krankheit den Namen „Chalodermie“ (χαλάω = ich erschlaffe) vorgeschlagen.

Band 56. Heft 2. 1901.

I. **Zur Bakteriologie der Pityriasis versicolor**, von R. Matzenauer-Wien. Die Kulturen, welche Verfasser für seine Untersuchungen verwandt hat, stammen von einer stark abschilfernden Pityriasis versicolor eines Phthisikers. Es galt, die Frage der Kultivierbarkeit des Mikrosporon furfur, die schon früher von Spietschka in positiver Richtung entschieden, jedoch in letzter Zeit von verschiedenen hervorragenden Autoren angezweifelt worden war, noch einmal eingehend zu untersuchen.

Verfasser war in der Lage, die Angaben Spietschkas vollauf bestätigen zu können.

Das Resultat der Untersuchung ist, „daſs die erste Übertragung der Pilzkeime von Pityriasis versicolor auf künstliche Nährböden schwer zu gelingen pflegt; hat man aber einmal eine Kultur von Mikrosporon furfur erhalten, so ist diese leicht auf alle gebräuchlichen Nährböden weiter überimpfbar.“ Unter anderen „bieten die Kulturen auf rohen Kartoffelscheiben ein sehr charakteristisches und zugleich prachtvolles Bild. Etwa 3—4 Tage nach der Impfung sieht man weiſse oder leicht schmutzig grauweiſse, schlüpfrige, punktförmige Auflagerungen, die im Verlauf von 1—2 Wochen mit einander allmählich zu mehr breiigen, später krümelig, bröcklichen, 1—2 mm hohen Massen eintrocknen, und dabei eine bernsteinbraune oder ockerbraune Farbe annehmen. Die braunen krümeligen Massen tragen häufig an der Kuppe eine ringförmige, wallartig aufgeworfene Krone, die wie mit dünnem Mörtel weiſs bespritzt aussieht; es kommt dadurch eine centrale napfförmige Vertiefung, die sogenannte „Gugelhupfform“ zu stande. Bei älteren Kulturen nimmt auch die Kartoffelscheibe selbst eine bräunlich-violette Farbe in der Umgebung der Kolonien an.“ Im allgemeinen „wachsen die Kulturen des Mikrosporon furfur langsamer als von Trichophyton oder Favus; die Übertragung der Reinkultur desselben auf den Menschen haftet gleichfalls schwerer als bei Favus und Trichophyton; eine gelungene Übertragung scheint erst nach mehreren Wochen sich zu dokumentieren.“

II. **Hautsyphilid, konsekutive narbige Fibromatose, histologisch nachgewiesene multiple Neurofibrome**, von R. Campana - Rom. Ein 49 Jahre alter Luetiker, dessen syphilitische Infektion etwa zehn Jahre zurückliegen mochte, zeigte auf der Haut fast des ganzen Rückens, auf einem breiten und regelmäſsigen Segment, eine kaum in Ulceration übergegangene, offenbar syphilitische, mit zahlreichen Narben abwechselnde knötchenartige Eruption, wobei die Haut und das Subcutangewebe einen mittleren Grad von weicher Verdickung bekam, so daſs es schien, als sei die Haut von einem diffusen weichen Fibrom eingenommen. Die linsengroſsen Knötchen sind zu fast kreisförmigen oder rundlichen Gruppen vereinigt, von dunkel- oder fahlroter Farbe, die auf Druck nicht gänzlich verschwindet; einige haben eine glatte, unversehrte, andere eine mit dünnen schwärzlichen Krusten und dünnen weiſsen Schuppen bedeckte Oberfläche; noch andere sind ulceriert und zeigen einen grauweiſsen Grund von spärlichem Detritus. Die Knötchen dehnen sich mehr in die Breite, als in die Tiefe aus, nur sehr wenige erstrecken sich tief in das Subcutangewebe hinein. Einige sind teigig hart, andere viel härter. In der auf weiter Strecke von der Alteration betroffenen cervico-dorsalen Region erscheint das Subcutangewebe verdickt, an einigen Stellen auch verdünnt. Links ist die Hautverdickung stärker, als rechts.

Die Lymphdrüsen sind im allgemeinen geschwollen; die Milz ist etwas vergrößert. Die inneren Organe sind im übrigen normal.

Der Patient erlag einem apoplektischen Anfalle.

Die histologische Untersuchung der befallenen Rückenhaut ergab eine mehr oder weniger dichte, phlogistische, kleinzellige Infiltration, mit kleinzelligen, leukocytären Elementen, die zum großen Teile erhalten und mit dem Kern versehen, zum geringen Teile körnig-fettig entartet waren, sowie eine außerordentlich reiche Vaskularisation, die hier eine auffallende, eigentümliche Regelmäßigkeit zeigte und mit der regellosen Gefäßverteilung der benachbarten Hautpartien stark kontrastierte. Eine Besonderheit war auch die bedeutende Entwickelung der von der Infiltration umgebenen Schweißdrüsenknäuel. Die Hautnervenästchen, welche zu den Gefäßnervenbündeln gehörten, waren zumeist verdickt.

Den anatomischen Befunden nach handelt es sich um neurofibromatöse Neubildungen mit Teleangiektasie der befallenen Hautstrecken.

III. **Über Lymphangioma circumscriptum cutis**, von Hugo Schnabel-Magdeburg. Der Verfasser beschreibt einen Fall, der in der Leipziger dermatologischen Klinik zur Beobachtung gelangt ist. Der 23jährige, vor einem Jahre syphilitisch infizierte Patient zeigt die gegenwärtige Hautaffektion schon seit der frühesten Kindheit. Die Mutter soll einen ähnlichen Ausschlag gehabt haben. Im zweiten Interkostalraum der rechten, vorderen Thoraxhälfte, etwa deren äußeres Drittel einnehmend, finden sich in einem Hautgebiet von 5 cm Länge und 2 cm Breite acht kugelig vorspringende, fast eiförmige, stecknadelkopf- bis hanfkorngroße, mäßig feste, prall elastische hellgelbe bis bräunlichgelbe, auf Druck nicht verschwindende Efflorescenzen mit einem weißlichgelben, leicht getrübten, schwach alkalisch reagierenden Inhalt, der mikroskopisch nur einige wenige Lymphocyten als Formelemente aufwies.

Der Patient zeigt außerdem ein schwaches, syphilitisches Roseolenexanthem, das ihn veranlaßt hat die Klinik aufzusuchen.

Im folgenden teilt Verfasser das Resultat der histologischen Untersuchung mit. Die Befunde stimmen im wesentlichen mit allen bisher veröffentlichten histologischen Beschreibungen des Lymphangioma circumscriptum überein. Sowohl im Corium als auch in der Subcutis finden sich einzelne Lymphgefäße, die ganz oder teilweise durch Endothel verstopft sind. Andere engere Lymphgefäße zeigen an ihren schmalsten Partien Anhäufung solcher abgestoßener, aufgequollener Endothelzellen. Schließlich sieht man in ganz feinen Gefäßen hier und da den normalen, spindeligen Endothelbelag das Gefäßlumen ausfüllen. Man kann daraus den Schluß ziehen, daß die degenerierten Endothelzellen erstens einmal durch den Lymphstrom von dem Ort ihrer Entstehung hinweggeschwemmt werden können und zweitens durch ihre Ansammlung an engen Stellen des Lymphgefäßsystems ganz gut eine Lymphstauung in den peripheren Partien zu stande bringen können, ein Umstand, der zur weiteren Proliferation des Lymphgefäßendothels Anlaß giebt.

Es handelt sich bei der vorliegenden Affektion um eine mit Lymphgefäßektasie kombinierte Neubildung.

IV. **Epithelioma adenoides cysticum**, von M. Wolters-Bonn. (Schluß.) Der Verfasser fährt in der kritischen Betrachtung der einschlägigen Litteratur fort und rekapituliert aus derselben die für die Differentialdiagnose und Nomenklatur notwendigen Krankengeschichten und histologischen Befunde. Fast alle mitgeteilten Fälle haben außer gewissen klinischen Momenten das eine gemeinsam, daß sie nachweislich vom Epithel der Decke oder ihrer Anhangsgebilde ihren Ausgang nehmen.

Was die Ätiologie betrifft, so glaubt Verfasser mit anderen Autoren, insbesondere mit Fordyce, daß die Pubertät, welche als solche eine erhöhte Zellthätig-

keit im ganzen Organismus hervorrufe und unter Umständen durch zu starke Zellvermehrung zur Bildung von Neoplasmen führe, auch auf die Entstehung der vorliegenden Neubildungen einen Einfluſs ausübe, da dieselben mit Vorliebe um die Pubertätszeit auftreten. Die in den Tumoren selbst gefundenen Cysten sieht Verfasser in Übereinstimmung mit JARISCH als Milien an. Ganze Teile der Epithelwalzen wandeln sich in Cysten um; diese vergröſsern sich, schnüren sich ab, um schlieſslich als Milien liegen zu bleiben. Der Inhalt der Cysten besteht zumeist aus verhornten Massen, oft auch aus Kolloid oder aus einem Gemisch beider. Auch Verkalkung der Cysten kommt vor.

Was die Nomenklatur betrifft, so empfiehlt Verfasser an Stelle von UNNAS „Akanthoma adenoides cysticum", weil der Beweis, daſs es sich bei diesen Bildungen um eine Wucherung echter Stachelzellen handele, nicht erbracht sei, die alte BROOKESche Bezeichnung „Epithelioma adenoides cysticum" beizubehalten.

V. **Über einen Fall reiner Gonokokkencystitis kompliziert durch heftige Blasenblutungen**, von HELLER-Dortmund. Ein verheirateter Mann infizierte sich September 1898. November 1899 kam er in die Behandlung von Dr. FABRY, der Blennorrhoea anterior et posterior chronica diagnostizierte und Höllensteininstillationen nach ULTZMANN verordnete. Ende Januar konnte mit der Therapie sistiert werden. Der Patient, welcher sich in seinem ehelichen Umgange keinerlei Schranken auferlegte, erkrankte drei Wochen später mit blutigem Urin und intensivem Harndrang. Die Erscheinungen gingen unter Bettruhe, Milchdiät, Liquor ferri und Mandelmilch zurück, wiederholten sich jedoch im Laufe der nächsten Woche mehrere Male. Die Untersuchung des Urins ergab ein schleimig-eitriges rötlich gefärbtes Sediment, das rote Blutkörperchen, Blasenepithelien, polynukleäre Leukocyten und stets reichliche Gonokokken teils in den Leukocyten, teils in den Blasenepithelien liegend und zwar in Reinkultur enthielt. Andere Bakterien waren niemals vorhanden. Da schon ein vorsichtiges Abtasten der Prostata per rectum eine Blasenblutung hervorrief, so wurde ein Ulcus vesicae urinariae an der der Prostata zugekehrten Seite der Blase vermutet und der Patient der chirurgischen Abteilung des Krankenhauses überwiesen. Auch in dem Ulcus fanden sich ausschlieſslich Gonokokken in Reinkultur und in typischer Lagerung.

VI. **Erwiderung auf die Bemerkung von Dr. SCHOLTZ zu meiner Arbeit: Wann können wir die Blennorrhoe als geheilt ansehen?** von LEONHARD LEVEN-Elberfeld.

VII. **Welche Gesichtspunkte sind bei der Beurteilung der Infektiosität chronischer, postblennorrhoischer Urethritiden maſsgebend?** (zugleich Antwort auf die Erwiderung von Herrn Dr. LEVEN), von W. SCHOLTZ-Breslau. Mit diesen „Erwiderungen auf die Erwiderung" findet die Kontroverse LEVEN-SCHOLTZ einstweilen ihren Abschluſs.

(NB. Der Standpunkt LEVENS ist zu rigoros, als daſs er von vielen Ärzten geteilt werden könnte. Es dürften sich wahrscheinlich auch nur sehr wenige Patienten finden, die auf das völlige Verschwinden des letzten, leukocytenhaltigen Fädchens — die meisten sind übrigens leukocytenhaltig — warteten und nicht miſsmutig über die lange, kostspielige, erfolglose Behandlung zu einem anderen, weniger rigorosen und skrupulösen Arzte gingen und sich von diesem den Heiratskonsens holten.

Man hat in der Tripperbehandlung viel, sehr viel erreicht und kann, ohne sein Gewissen zu belasten, den Patienten für geheilt erklären: 1. wenn der Ausfluſs definitiv aufgehört hat, d. h. nach Aussetzen der Einspritzungen, nach Biertrinken, langen Fuſstouren, Radfahren, Reiten, Turnen etc. nicht wieder auftritt; 2. wenn der

Morgenurin andauernd klar ist und gar keine oder nur wenige Filamente enthält; 3. wenn diese Fädchen sich bei wiederholten mikroskopischen Untersuchungen nach zuverlässigen Methoden als gonokokkenfrei erweisen. Ref.) *C. Berliner-Aachen.*

Monatsberichte für Urologie.

Band VI. Heft 5.

Über die echte typhöse Cystitis und ihre Behandlung, von P. Horton-Smith. Der Befund von Typhusbacillen im Urin während eines Typhus abdominalis kann in 25% der Fälle erhoben werden. Nicht selten ist die Anwesenheit der Bacillen verbunden mit dem Auftreten von Eiter im Harn, bedingt durch eine Cystitis. An der Hand von acht genau beschriebenen Fällen kommt Verfasser zu folgenden Schlufsfolgerungen: Die Cystitis typhosa ist, wenigstens in ihrer milden Form, keine seltene Erscheinung. Sie beginnt gewöhnlich plötzlich gegen Ende der abdominaltyphösen Erkrankung, bisweilen treten die ersten Erscheinungen der Komplikation während der Rekonvalescenz auf. In selteneren Fällen kann die Komplikation auch in einem bedeutend früheren Krankheitsstadium beginnen. Wird keine entsprechende Behandlung eingeleitet, so hält die Komplikation gewöhnlich einige Wochen an und verschwindet hierauf allmählich; gelegentlich kann sie auch mehrere Monate, ja sogar mehrere Jahre bestehen. — Der Harn des mit echter typhöser Cystitis behafteten Patienten enthält Eiter in mehr oder minder grofsen Quantitäten; stehen gelassen, bleibt der Harn stets trübe infolge der Anwesenheit von Millionen von Typhusbacillen. Die Reaktion des Harns bleibt unverändert; gewöhnlich zeigt der Harn saure Reaktion. In der trüben Hornschicht oberhalb des Eiterniederschlages ist Eiweifs entweder gar nicht oder nur in äufserst geringfügigen Quantitäten enthalten. In letzterem Falle dürfte das Eiweifs wahrscheinlich vom Eiter selbst herrühren. Cylinder sind niemals gefunden worden. — Manchmal klagen die Patienten über abnorm häufigen Harndrang und Schmerzhaftigkeit der Harnentleerung, gewöhnlich fehlen jedoch diese Symptome. Die Temperatur ist nicht verändert. — Die Behandlung der echten typhösen Cystitis mit Urotropin in Dosen von 0,65 dreimal täglich eine Woche lang ist, wie die Erfahrungen darthun, erfolgreich, indem sie die fragliche Komplikation unmittelbar heilt. Um jedoch einer frischen Infektion vorzubeugen, mufs das Medikament, nachdem die Temperatur subnormal geworden ist, noch drei bis vier Wochen lang weiter verabreicht werden. — Es kommt aufserdem auch eine durch andere Mikroorganismen (Staphylococcus pyogenes albus etc.) bedingte Cystitis im Laufe eines Abdominaltyphus vor.

Über die partielle Resektion der Vasa deferentia bei seniler Prostatahypertrophie und über die Resultate dieser Operation, von Kudinzew. Verfasser berichtet über 25 Fälle, bei denen wegen seniler Prostatahypertrophie die partielle Resektion der Vasa deferentia ausgeführt wurde. Die Ergebnisse sind so günstige, dafs dieses Verfahren auf das wärmste empfohlen wird. Der Verlauf gestaltet sich gewöhnlich so, dafs zunächst für 30—50 Stunden eine eklatante Besserung eintritt; die Miktionen werden seltener, reichlicher, der Harndrang läfst nach, der Kranke wird ruhiger. Diesen günstigen Befunden folgt dann aber wieder eine Verschlimmerung, die 2—3 Tage anhält. Dann beginnen sämtliche Krankheitserscheinungen nachzulassen, und zwar nur allmählich, so dafs nach 4—5 Wochen der Patient in befriedigendem Zustande wieder seinem Berufe nachgehen kann. — Über den Weg, auf dem die Besserung eintritt, finden sich in der Arbeit eingehende Erörterungen, die natürlich nur hypothetischen Charakters sein können.

Band VI, Heft 6.

Über Ureteritis cystica, von Desider Róna. Cysten der Ureterenschleimhaut sind seltene Befunde; gewöhnlich setzt sich die Anomalie auch auf Nierenbecken und Blase fort. Die Entstehung derselben wird verschieden erklärt. Die einen nehmen Degenerationscysten, hervorgegangen aus Schleimhautkrypten, an, andere führen die Cysten auf Schleimhautdrüsen zurück, wiederum andere schieben sie dem Einflusse des Nervensystems zu; Kahlden nimmt parasitäre Entstehung an. Verfasser geht näher auf die hergehörige Litteratur ein, um dann über drei, im Budapester pathologisch-anatomischen Institut beobachtete Fälle zu berichten. In diesen war die Cystenbildung zweifellos das Produkt eines Entzündungsprozesses chronischen Charakters, der bald von der Niere auf die Blase, bald umgekehrt fortgewandert war. Sicher handelt es sich nicht um Drüsen-Retentionscysten, da man in der Norm in den ergriffenen Teilen (vom Nierenbecken bis zur inneren Harnröhrenöffnung) Drüsen nicht findet. Dagegen giebt es Krypten und die Bummschen Epithelnester, aus denen die Cysten durch aktive Epithelwucherung und hochgradiges Ödem hervorgehen. Die Transsudation, das hydropische Zerfallen einzelner Zellen, die kolloide Umwandlung anderer führen zur Vergrößerung gebildeter Epithelnester. Je nachdem die Transsudation oder irgend eine andere Art der Zelldegeneration vorherrscht, sind die entstehenden Höhlen leer, haben einen körnigen oder einen körnig-homogenen Inhalt, in dem die verschiedenen Arten der Zellentartung verfolgt werden können. Die Epithelnester erhalten durch die Hyperplasie der sie umgebenden Bindegewebe eigene Wände und bilden gegen die Oberfläche emporragende Cysten.

Stein in einem Divertikel der Harnröhre des Weibes, von G. Nicolich. Bei einer 60jährigen Frau fand sich in der Harnröhren-Vaginalwand ein Stein aus phosphorsaurem Kalk mit Harnsäuremantel. Der Stein hatte sich im Anschluß an einen vor vier Jahren vorhanden gewesenen Abceß der vorderen Vaginalwand gebildet, der nach der Urethra durchgebrochen war. Der Stein wurde operativ entfernt. Pasteau und Quénu haben 1896 nur 13 solche Fälle finden können.

Jessner-Königsberg i. Pr.

American Journal of Dermatology and genito-urinary diseases.

1901. No. 3.

1. **Dermatitis traumatica nach Impfung,** von Geo. G. Melvin-New Brunswick. Ein 35jähriger Schneider erkrankte etwa eine Woche nach einer Impfung, die wegen Erscheinens einer kleinen Pockenepidemie vorgenommen wurde, unter bedrohlichen allgemeinen Erscheinungen septischen Charakters an einer Entzündung der Impfstellen. Es handelte sich um markstückgroße, mit Borken bedeckte, runde erhabene, harte Geschwüre, die Umgebung derselben war entzündet. Die Heilung brauchte etwa fünf Wochen. Zu keiner Zeit war auch nur die Spur von Bläschen- oder Pustelentwickelung, also eigentlicher Impfwirkung, zu sehen. Über die Art dieser Infektion, die bei der Vaccination geschah, spricht sich Verfasser nicht aus. An Syphilis scheint er aber jedenfalls nicht zu denken. Aus der Abhandlung erfährt man, daß man drüben in Amerika eine Antifebrile „Antikamnia“ gebraucht. Da seine Zusammensetzung nicht angegeben wird, scheint es ein bekanntes Mittel zu sein.

2. **Follikuläre und periurethrale Abscesse beim Manne,** von William F. Bernart-Hot Springs. Der Verfasser verweist auf die genaue Diagnose der erwähnten Prozesse, denn zuweilen vermag ein follikulärer Harnröhrenabceß eine Sklerose oder ein Gumma vorzutäuschen. Niemals soll man die spontane Eröffnung abwarten, da die Zerstörung der Gewebe in diesem Falle umfänglicher ausfällt, als wenn der Abceß

eröffnet worden ist. Letzteres hat momöglich von der Urethra aus zu erfolgen. Wartet man bis zum Selbstaufgehen solcher Abscesse, so ist auch die Gefahr der Urininfiltration vorhanden.

3. **Behandlung des Hautepithelioms; mit Kasuistik,** von WILLIAM ALLEN PUSEY-Chicago. Verfasser erläutert an elf Fällen seine Behandlungsmethode des Hautkrebses. Unter Kokainanästhesie wird der Prozefs energisch mit der Kurette abgeschabt, worauf die Anwendung eines Kaustikums, gewöhnlich Pyrogallussäure erfolgt. Da dieselbe aber verhältnismäfsig mild wirkt, hat Verfasser sie im letzten Jahre aufgegeben und an ihre Stelle eine gesättigte Lösung von Zinkchlorid gesetzt. Das sekundäre Ätzgeschwür mufs sehr sauber gehalten werden und darf nie einen Schorf bekommen. Die kurativen wie kosmetischen Effekte sind befriedigend. Das letztere kann man vom Eingriff mit dem Messer selten sagen.

4. **Die Gonokokken in den blennorrhoischen Sekreten,** von A. RAVOGLI-Cincinnati. Aus der Abhandlung, die eine kurze Zusammenfassung der Pathologie und Klinik des Gonococcus darstellt, sei folgendes hervorgehoben: Bei akuter Eiterung finden sich nach den Untersuchungen RAVOGLIS die Gonokokken innerhalb der Zellen, aufserhalb derselben sieht man sie bei nachlassender Sekretion, ebenso beim ersten Beginn derselben. Wenn LANZ darauf hinweist, dafs die verschiedene Lokalisation der NEISSERschen Kokken von dem Quetschen und Drücken der Urethra herrührt, das beim Gewinnen des Sekretes zu erfolgen pflege, so betont Verfasser, dafs er diese Manipulation bestimmt bei seinen Untersuchungen, die sich auf Jahre erstrecken, vermieden hat. Den Heiratskonsens erteilt er so lange nicht, als sich noch in den Filamenten Eiterkörperchen nachweisen lassen.

5. **Mitteilungen über einen Fall von Pemphigus, mit therapeutischen Hinweisen,** von ARTHUR VAN HARLINGEN-Philadelphia. Die Abhandlung beginnt mit einem Irrtum, wenn Verfasser den Pemphigus für eine so überaus seltene Erkrankung hält, dafs kein Mensch im stande sei, autoritativ von eigenen Erfahrungen bei dieser Krankheit zu reden. Der hier berichtete Pemphigusfall betrifft einen fünfjährigen Knaben, bei dem wir es, da nach 38tägiger Dauer der Affektion Heilung erfolgte, scheinbar gar nicht mit wirklichem Pemphigus vulgaris zu thun haben, vielleicht mit einem Erythema bullosum. Die Therapie bestand in schwachen Sublimatumschlägen und Strychnin intern, später in Zinkpaste und Chinin. Daneben Milchdiät.

6. **Circumcision,** von ERNEST G. MARK-Kansas City. Eines der hygienischen Wunder ist das, dafs die Beschneidung nicht mehr zur Verbreitung gelangt ist. Beim Studium dieses Gebietes wird man auf die jüdische Rasse zurückgreifen müssen. Bekannt ist die Langlebigkeit der Juden. Nach STALLARD ist die Sterblichkeit in den Jahren 1—5 unter den jüdischen Kindern 10%, unter den christlichen aber 14%. Nach demselben Autor lebt der Christ in London im Durchschnitt 37, der Jude aber 49 Jahre. Es seien auch die Judenkinder absolut frei von kongenitaler Lues. Alle diese Thatsachen bringt Verfasser mit der rituellen Beschneidung in Verbindung. Die resistentere Haut der Glans setzt die Infektionsgefahr herab. Die Juden partizipieren zum geringsten Teile an den venerischen Erkrankungen, was auch den Prozentsatz geschlechtlicher Frauenkrankheiten unter den Jüdinnen herabdrückt. Verfasser verweist auf alle die Fälle, in denen ein abnorm langes Präputium Veranlassung zu nervösen Lokal- und Allgemeinstörungen (Neurasthenie, Enuresis), zu Masturbation und anderen Erscheinungen führt.

7. **Thonverbände bei Hautkrankheiten,** von J. FRANK WALLIS-Philadelphia. Verfasser verwendet feuchte Thonerdeverbände mit gutem Erfolg bei den meisten Entzündungskrankheiten der Haut, wie akutem Ekzem, Dermatitis, Erysipel, Furunkel, Karfunkel, Geschwüren u. a. Bei letzteren ist besonders die Geschwindigkeit der

Bildung von Granulationsinseln bemerkenswert. Bei Ekzem springt die enorme sedative Wirkung der Verbände ins Auge. Auch lassen sich Medikamente wie Merkur, Karbolsäure, Borsäure, lösliche Alkalien und Glycerin dem Thonverbande beifügen. Nicht jede Erde ist verwendbar. Natürliche Erden müssen vor Gebrauch sterilisiert werden. Von künstlichen Kompositionen empfiehlt Verfasser folgende:

℞ *Kaolin.*	30	℞ *Kaolin.*	
Magnes. carbon.	10	*Terrae Richmond*	ää 50.
Calc. carbon.	50		
Talc.	10.		

Die Anwendung geschieht so, dafs mittelst Wasserzusatz eine Paste hergestellt wird, welche dick auf die zu behandelnden Stellen aufgetragen wird. Darüber legt man einige Gazelagen und eine Gazebinde. Gewechselt wird der Verband, welcher vom Kranken stets befeuchtet werden mufs, alle 48 Stunden.

8. **Ureterenkatheterismus beim Manne. Ein neues Cystoskop**, von Brandford Lewis-St. Louis. Ausgehend von einem erst neuerdings beschriebenen Fall von Entfernung eines Beckentumors, der für Hämatometra gehalten wurde und sich schliefslich nach der Entfernung als die einzige Niere des 21jährigen, nun dem Tode verfallenen Mädchens herausstellte, hebt Verfasser die Notwendigkeit des getrennten Ureterenkatheterismus hervor, um den Urin aus jeder Niere einzeln zu erhalten. Er giebt zu diesem Zwecke eine neue Modifikation eines Ureterencystoskops an. Interessenten lesen die Konstruktion am besten in dem Artikel nach, leider hat Verfasser seiner Abhandlung keine Abbildung beigegeben.

9. **Karfunkel**, von Robert Carothers-Cincinnati. Beschreibung der klinischen wie anatomischen Merkmale des Karfunkels. Abortiv verwendet Verfasser in der ersten Periode seines Entstehens die Injektion einiger Tropfen reiner Karbolsäure oder Einstiche mit rotglühender Nadel in den entzündeten Follikel. Ist der Prozefs voll entwickelt, so verwendet Verfasser eine gleichteilige Mischung von Castoröl und Terpentin zu Umschlägen als besonders gutes Analgeticum und entzündungswidriges Mittel. Mufs operiert werden, so greift Verfasser stets zum Thermokauter, indem die ganze kranke Partie zerstört wird. Die dadurch geschaffene Verbrennung zweiten bis eventuell dritten Grades wird wie jede andere Brandwunde behandelt und nach Thiersch transplantiert.

10. **Günstige Wirkung des Urotropins bei Pyelitis und Cystitis**, von J. Pollock Simpson. Der Artikel bringt nichts neues. *Hopf-Dresden.*

Lepra.

Band II, Heft 1.

I. **Bericht über die Lepra in Südafrika**, von J. Hutchinson. Die von Impey vertretene Ansicht, die Lepra sei in das Kapland von Norden her durch die Hottentotten eingeschleppt worden, hält Verfasser für irrig. Nach seinen Ermittelungen liegt die Sache umgekehrt; in Kapland wurden die ersten Fälle 1756 festgestellt und betrafen holländische Kolonisten, und erst seit 1863 ist die Lepra bei den Hottentotten bekannt. Verfasser ist bemüht, nachzuweisen, dafs die Verbreitung der Krankheit in Südafrika gleichen Schritt gehalten hat mit dem Import gesalzener Fische in die verschiedenen Gebiete. Seine Ausführungen sind aber kaum geeignet, die „Fischtheorie" mehr als bisher zu stützen.

II. **Ein Fall von Lepra tuberosa mit Lokalisation an den Fufssohlen**, von J. H. Rille-Innsbruck. (Schlufs folgt.)

III. **Lepraverfügungen für Bengalen und Indien.** Der englische Herausgeber der „Lepra“ teilt hier die im Jahre 1895 für Bengalen, im Jahre 1898 für Indien erlassenen Verfügungen der Regierung mit, die Absonderung und die ärztliche Behandlung armer Leprösen und die auf die Berufsthätigkeit gerichtete Kontrolle der Leprösen überhaupt betreffend. Die beiden Verfügungen unterscheiden sich nur in unwesentlichen Punkten. Es sei das Wichtigste aus ihnen hervorgehoben: Die Maßnahmen beziehen sich nur auf die an tuberöser Lepra erkrankten Personen; unter „armen Leprösen“ versteht die Verfügung Lepröse, welche öffentliche Unterstützung genießen oder ihr Gebrechen, um Almosen zu erlangen, zur Schau stellen, oder solche, die ohne Subsistenzmittel sind. Jeder Polizist ist befugt, Personen, die ihnen verdächtig erscheinen, arme Lepröse zu sein, zu verhaften und auf die nächste Polizeistation zu senden. Dort findet eine Untersuchung durch einen beamteten Arzt statt. Sind sie nicht leprös, so werden sie mit einem entsprechenden Zeugnis freigelassen, sind sie leprös, so werden sie mit Attest zur Distriktsbehörde geschickt. Von hier aus gelangen die armen Leprösen ins Lepraasyl, die nicht armen werden entlassen. Aus dem Asyl, das von einem Oberaufseher geleitet wird, darf niemand ohne schriftliche Erlaubnis der Distriktsbehörde oder der Asylkommission entlassen werden. Die letztere besteht aus drei Personen, darunter ein beamteter Arzt, und ist verpflichtet, mindestens alle Vierteljahre einmal das Asyl zu besuchen und die Neuaufgenommenen und, soweit möglich, auch die anderen Insassen zu untersuchen. Was die Kontrolle der Leprösen in ihrer beruflichen Thätigkeit betrifft, so dürfen sie Nahrungsmittel, Getränke, Spezereien, Wäsche, Kleidungsstücke weder herstellen noch verkaufen; sie dürfen die Wäsche nicht waschen und aus öffentlichen Brunnen kein Wasser schöpfen; sie dürfen keine öffentlichen Vehikel benützen und sie dürfen endlich keinen Handel und kein Gewerbe treiben, die behördlicherseits für Lepröse verboten sind.

IV. **Die Lepra in Kreta,** von Ehlers-Kopenhagen und Cohnheim-Dresden. Auf Veranlassung des Gouverneurs von Kreta, des Prinzen Georg von Griechenland, unternahmen die beiden Autoren im Jahre 1900 eine Reise dorthin zur Erforschung der Lepra. Die Einleitung ihrer Veröffentlichung der Forschungsergebnisse, aus der Feder von Ehlers, giebt eine kurze Darstellung der Geographie des Landes und einen ausführlichen Bericht über die Geschichte der Lepra daselbst. (Fortsetzung folgt.)

V. **Der gegenwärtige Stand der Leprafrage in Bulgarien,** von B. Béron-Sofia. Seitdem im Jahre 1894 der erste Leprafall bakteriologisch festgestellt wurde, sind noch weitere acht Fälle dazugekommen. Jedenfalls giebt es in Bulgarien noch mehr Lepröse. Die Krankheit ist aber den Ärzten nicht genügend bekannt, daher läßt sich zur Zeit nichts über die geographische Verbreitung der Krankheit im Lande sagen, auch nicht, ob die Krankheit ab- oder zunimmt. Auf Veranlassung des Verfassers hat die Regierung in jüngster Zeit Schritte gethan, den Ärzten die Kenntnis der Krankheit zu vermitteln, und bis zur Errichtung einer eigenen Lepraabteilung Räume für die bisher Erkrankten reserviert.

Band II. Heft 2.

I. **Über Fälle von Genesung nach Lepra,** von Jonathan Hutchinson. Verfasser ist der Ansicht, daß man berechtigt ist, von einer Genesung resp. Heilung bei Lepra in den Fällen zu sprechen, in denen der Krankheitsprozeß zu einem gewissen Abschluß gekommen ist. Wenn die floriden Erscheinungen verschwunden und eine Reihe von Jahren hindurch nicht wiedergekommen sind, so ist der Fall geheilt, mag auch noch die Anästhesie oder eine sonstige irreparable Störung, etwa als Folge von Verstümmelungen, bestehen. Verfasser berichtet über mehrere solcher Fälle, in denen

sechs Jahre, zehn Jahre und noch länger keine frischen Symptome aufgetreten sind. Solche Beobachtungen mehren sich in letzter Zeit, während bis vor kurzem noch die Lepra als absolut unheilbares Leiden galt. Früher wurden die Leprösen aber auch nicht als Kranke, sondern als Geächtete angesehen. Die wesentlichen Bedingungen für die Heilung sind gute und reichliche Kost, äufsere Pflege und, nach des Verfassers Überzeugung, völlige Enthaltsamkeit von ungekochtem Fisch. Günstiger noch als die Verpflegung in Asylen wirkt die private Verpflegung in nichtleprösen Gegenden.

II. **Die Visceralerkrankungen der Leprösen,** von Jean Schäfer-Breslau. (Schluſs. Vergl. *Monatsh. f. pr. Derm.* Bd. XXX. No. 10. S. 480 f.) Bei der Lepra des Hodens handelt es sich in den ersten Graden um ein bacillenhaltiges, interstitielles Infiltrat, das erst bei stärkerer Ausdehnung zur Schädigung des Epithels führt und allmählich einer Bindegewebswucherung Platz macht; diese kann schliefslich das Hodenparenchym vollständig verdrängen und an seine Stelle treten. Der Nebenhoden erkrankt oft in ähnlicher Weise, meist aber später als der Hoden. Sehr häufig sind die Lymphdrüsen mitbefallen. Während die verdickte Kapsel und die Bindegewebsbalken ihre graue Farbe beibehalten, nehmen die Ampullen und Markstränge gelbe bis gelbbräunliche Farbe an; dadurch tritt die Struktur sehr deutlich hervor und die Drüsen gewinnen ein ganz charakteristisches Aussehen. Mikroskopisch findet man zahllose Bacillen in grofsen, oft vakuolisierten, vielkernigen Zellen. Auch die Bronchial- und Mesenterialdrüsen können rein leprös erkranken; in einem Falle konnte Verfasser durch den negativen Ausfall des Tierexperimentes einen direkten Beweis für die nichttuberkulöse Natur der Mesenterialdrüsenerkrankung erbringen. — Nieren, Darm, Lungen und Pankreas sind nur in geringem Mafse beteiligt. In allen Teilen der Nieren sind bacillenhaltige, zellige Infiltrate gesehen worden; typische, vakuolisierte Leprazellen sind spärlich. Auch hier konnte Verfasser durch den negativen Ausfall des Tierexperimentes Tuberkulose ausschliefsen. Die nicht seltenen schweren anatomischen und funktionellen Nierenveränderungen, die zuweilen zum Tode führen, sind wohl nicht durch die Bacillen hervorgerufen, sondern entweder eine Wirkung der Allgemeinerkrankung oder durch eine Sekundärinfektion bedingt. Lepröse Veränderungen am Darm kommen vor; die Beobachtungen sind aber noch zu spärlich, um ein bestimmtes Bild aufzustellen. In den Nebennieren, im Pankreas und in den weiblichen Genitalien hat man wohl Bacillen hie und da gefunden, aber spezifische Erkrankungen scheinen in ihnen so gut wie gar nicht vorzukommen. Erfahrungen über reine Lungenlepra stehen dem Verfasser nicht zu Gebote, er acceptiert die drei von Babes und Moscuna aufgestellten Formen: 1. interstitielle, cirrhotische Pneumonie mit bronchitischen Herden, 2. käsige Pneumonie mit Kavernen, ausgedehnter käsiger Degeneration, zahlreiche Leprabacillenherde enthaltend, 3. putride Bronchitis mit gangränösen Kavernen und interstitieller Pneumonie.

Ganz andersartig sind die Eingeweideveränderungen der zweiten Kategorie von Fällen. Hier sind die Organe, besonders die Milz, durchsetzt von grofsen, weifsgelblichen derben Knoten, das Peritoneum ist übersät mit polypösen Wucherungen, der Darm zeigt ausgedehnte, tiefe Ulcerationen; in den Lungen finden sich weitgehende Zerstörungen mit der Bildung käsiger Herde und Kavernen; die Mesenterial- und Bronchial-Lymphdrüsen sind geschwollen und teilweise käsig degeneriert. Das mikroskopische Aussehen erinnert durchaus an Tuberkulose, und zwar an die Befunde bei der Tiertuberkulose. Die Erscheinungen sind hauptsächlich aus Arnings Sektionsmaterial von Honolulu bekannt; dort konnten sie unter 18 Fällen 11 mal konstatiert werden. Die histologische Untersuchung ergab in allen Organen ziemlich übereinstimmend dasselbe Bild: neben den typischen interstitiellen Infiltraten, den Lepromen, fanden sich zahlreiche Knötchen, die alle Merkmale der Tuberkulose

aufwiesen, ausgedehnte nekrotische und käsige Herde und im Gegensatz zu den Lepromen auffallend geringer Reichtum an Bacillen. Bald überwog der eine Prozefs, bald der andere, oder jeder bestand für sich; in einem besonders schönen Falle waren die Knötchen von tuberkelähnlicher Struktur als zahllose kleine Herde inmitten der leprösen Infiltrate eingesprengt. Die beiden Prozesse sind stets scharf von einander abgegrenzt, die Degenerationsvorgänge entsprechen durchaus nicht den Stellen der stärksten leprösen Erkrankung. In den polypösen Wucherungen am Peritoneum, sowie in den Lymphdrüsen konnten typisch lepröse Infiltrate nicht aufgefunden werden, ebensowenig in den Ulcerationen des Darmes. — Wie sind nun diese Befunde zu deuten? Die Thatsache, dafs Lepröse auffallend häufig auch an Tuberkulose leiden, wird von den meisten Autoren als sicher angenommen. Ganz einwandsfrei ist der Beweis für eine solche Mischinfektion bisher nur für die Lunge — in einem Falle vom Verfasser selbst — durch das Tierexperiment erbracht worden (Verimpfung von Sputum oder Lungenstückchen). Die naheliegende Vermutung, dafs die eigenartigen Veränderungen der inneren Organe einer Mischinfektion ihre Entstehung verdanken, stöfst auf gewisse Bedenken. Die histologischen Bilder stimmen insofern nicht vollständig mit denen der Tuberkulose überein, als in vielen Präparaten ein gewisses Mifsverhältnis zwischen den spärlichen Zellelementen der Knoten und den ausgedehnten Degenerationserscheinungen bestand. Nach den neueren Untersuchungen ist es ferner nicht mehr angängig, die Tuberkelstruktur als ausschlaggebend für die Diagnose anzusehen. Die Prüfung der Bacillen auf ihre Säurefestigkeit ergab bei dem Alter des Materials keine einwandsfreien Resultate. Es kann weiterhin nach den Untersuchungen von Blaschko, Arning, Jadassohn u. a. keinem Zweifel mehr unterliegen, dafs die Leprabacillen im stande sind, nicht nur Nekrose des Gewebes hervorzurufen, sondern auch histologische Veränderungen zu verursachen, die von tuberkulösen nicht unterschieden werden können. Endlich ist auffällig, dafs bei keiner von Arnings Sektionen die Pia mater des Gehirns mitbeteiligt war, die sonst bekanntlich einen Prädilektionsort der miliaren Tuberkulose darstellt. — Alle diese Thatsachen könnten es angezeigt erscheinen lassen, die Veränderungen der Visceralorgane als einen einheitlichen Erkrankungsprozefs aufzufassen. Indessen es bleibt zu berücksichtigen, dafs die tuberkuloiden Veränderungen bei Lepra bisher stets nur bei anästhetischen Fällen gefunden wurden, bei denen nicht gleichzeitig die charakteristischen „tuberösen" Neubildungen vorhanden waren. Das gerade so besonders auffallende gleichzeitige Bestehen der beiden so verschiedenen Gewebsläsionen unmittelbar und unvermittelt übereinander steht bisher ohne Analogie dar. Die Frage, ob Lepra oder Mischinfektion mit Tuberkulose, so schliefst der Verfasser, ist gegenwärtig auf histologischem Wege nicht zu entscheiden und wird voraussichtlich erst durch das Tierexperiment ihre definitive Lösung finden.

III. **Ein Fall von Lepra tuberosa mit Lokalisation an den Fufssohlen,** von J. H. Gille-Innsbruck. (Schlufs.) Ausführliche Krankengeschichte eines seit sechs Jahren genau beobachteten, interessanten Falles von Lepra tuberosa bei einem jungen Manne, mit besonderer Beteiligung des Gesichtes und der Extremitäten. Während der Beobachtung entwickelten sich an beiden Fufssohlen zahlreiche flach elevierte, blafsrote, mattglänzende, über kreuzergrofse Knoten von ziemlicher Derbheit, teils isoliert, teils konfluierend, die über den Fufsrand hinaus nach aufsen und innen auf den Fufsrücken übergriffen. Im Laufe der Jahre traten die Knoten immer dichter und reichlicher auf, konfluierten immer mehr, und in der letzten Zeit kam noch intensive Abschuppung in grofsen Lamellen hinzu. Im Anfang, als die Krusten noch spärlich waren, hätte man an die Möglichkeit einer Plantarsyphilis denken können. Die Farbe, der Glanz, die Ausdehnung über die ganze Fufssohle, die ungleiche Gröfse

der Efflorescenzen, das nicht bloſs periphere, sondern auch im Höhendurchmesser erfolgende Wachstum der Knoten sprachen schon damals gegen Syphilis. Der weitere Verlauf, der Mangel von Resorptionserscheinungen und aufserdem der anatomische Nachweis des typischen Leprabildes, sowie reichlichster Bacillenbefund beseitigten alle weiteren Zweifel. Der Fall ist darum von besonderer Wichtigkeit, weil DANIELSSEN und BOECK bekanntlich das Vorkommen der Knotenlepra am Capillitium, der Glans penis, den Handtellern und Fufssohlen bestritten haben. — Alle therapeutischen Maſsnahmen haben bei dem Falle versagt. Arsen wurde in Form der Sol. Fowleri, der asiatischen Pillen und des Guberwassers versucht; es hatte nicht den mindesten Einfluſs auf die Resolution der spezifischen Krankheitsprodukte, doch fühlte der Kranke sich jedenfalls bei der Behandlung relativ am wohlsten. Von den Schilddrüsenpräparaten, Thyreoidin und Jodothyrin, kann Verfasser nur sagen, daſs ein ungünstiger Einfluſs auf den Krankheitsprozeſs nicht zu konstatieren war. Ebenso konnte von Injektionen mit Airol und Jodoform weder ein günstiger noch ein ungünstiger Einfluſs nachgewiesen werden. Injektionen mit Tuberkulin R. hatten mäſsige Temperatursteigerung und nicht gerade bedeutende subjektive Störungen im Gefolge, dagegen war seitens der Hautknoten keine Reaktion zu konstatieren. Die Behandlung mit dem CARRASQUILLAschen Serum hatte zwar ziemlich intensive lokale Reaktionen hervorgerufen, war jedoch kaum von einem greifbaren kurativen Effekt begleitet. Unangenehme Nebenerscheinungen waren Temperatursteigerungen, Erytheme, Abscedierung an der Injektionsstelle; das Allgemeinbefinden des Kranken litt darunter sehr. Während der Behandluug mit Injektionen von Oleum Chaulmoogra machten sich wohl Involutionserscheinungen an einzelnen Knoten in deutlicherer Weise geltend, als zu irgend einer Zeit des gesamten Krankheitsverlaufes, aber die Wirkung auf den Allgemeinzustand war noch weniger günstig als während der Einverleibung von Lepraserum. Sehr häufig trat ein urtikarielles Erythema papulatum auf. Fiebersteigerungen und Infiltrate an den Injektionsstellen brachten den Kranken so weit herunter, daſs es mehrerer Monate bedurfte, bis er sich wieder erholt hatte. Verfasser pflichtet GLÜCKS Ansicht bei, daſs jedes längere und stärkere Fieber für den Leprösen schadenbringend sei, ebenso die damit einhergehenden Heilmittel.

IV. **Behandlung der Lepra mit subcutanen Einspritzungen von Chaulmoograöl**, von HALLOPEAU-Paris. Verfasser legt seine Erfahrungen in folgenden Leitsätzen nieder:

1. Lepröse, die einer intensiven Behandlung mit Chaulmoograöl unterworfen werden, sei es in Form von intramuskulären Injektionen, sei es durch Einverleibung per os, können soweit gebessert werden, daſs man berechtigt ist, sie als geheilt zu betrachten.

2. Häufiger dauern die Erscheinungen fort, sie nehmen aber gewöhnlich einen gutartigen Charakter an.

3. In gewissen Fällen sieht man aber trotz der Behandlung heftige, lokale und allgemeine neue Nachschübe.

4. Es ist wahrscheinlich, daſs das Mittel einen günstigen Einfluſs auf die Lepra ausübt.

4. Dieser Einfluſs genügt aber im allgemeinen nicht, um das Fortschreiten der Krankheit zu verhindern; keinesfalls läſst er sich dem Einflusse des Quecksilbers oder Jodkaliums bei der Syphilis oder dem des Chinins bei der Malaria an die Seite stellen.

6. Die hypodermatische Einverleibung ist bei den Kranken, die sie vertragen, vorzuziehen; sie ist jedoch bei den meisten unangenehm wegen der manchmal sehr

heftigen Schmerzen; sie kann vorübergehende Temperatursteigerungen und Lungenembolien verursachen.

7. Es wird zweckmäfsig sein, Untersuchungen anzustellen über die Einführung des Mittels per rectum, in Milch emulgiert.

8. Man wird vergleichsweise die verschiedenen unter dem Namen Chaulmoograöl in den Handel kommenden Erzeugnisse auf ihre Wirkung prüfen müssen.

V. **Behandlung der Lepra mit subcutanen Injektionen von Chaulmoograöl, Methode von Dr. TOURTOULIS-Bei, Kairo,** kritische Studie von DU CASTEL-Paris. Auf Grund der Beobachtungen an fünf Patienten kommt Verfasser zu folgendem Ergebnis: Die subcutanen Injektionen von Chaulmoograöl rufen eine starke entzündliche Reizung des Zellgewebes hervor; sie haben Infiltratbildungen von langer Dauer zur Folge; sie sind schmerzhaft, und ist es fast bei keinem Kranken möglich, sie ununterbrochen durchzuführen. Die Einspritzungen verursachen leicht Fettembolien der Lungen. Bei den tuberculo-ulcerösen Formen der Lepra scheint die Wirkung der Behandlung eine sicherere zu sein als bei den nervösen Formen. Bis auf weiteres wird die Behandlung wohl nur für Ausnahmefälle Anwendung finden dürfen.

A. Loewald-Cassel.

Dermatologisches Centralblatt.

1901. No. 8.

Zur Therapie des Ulcus DUCREY (Ulcus molle s. venereum), von FRANZ v. POÓR. Im Jahre 1900 hat SAALFELD Versuche mit der Anwendung niederer Temperaturen bei Ulcus molle gemacht. Verfasser hat diese unter Anwendung von Chloräthyl (Kelene) wiederholt. Er liefs täglich 1—1½ Minuten auf das Geschwür Chloräthyl zerstäuben, bis das Sekret seinen eitrigen Charakter verloren hatte, serös geworden war. Das tritt am 3.—4. Tage auf. Dann mufs ausgesetzt werden, da sonst Ödem und Nekrose entstehen. Es wird dann eines der üblichen Pulver (Jodoform, Europhen etc.) angewendet. Die Heilung erfolgte bei den 25 Fällen aufserordentlich schnell in 10—12 Tagen. Es handelte sich um unkomplizierte Fälle, es traten aber auch niemals Komplikationen hinzu. Es ist nicht wahrscheinlich, dafs die Kälte hier direkt eine baktericide Kraft entfaltet; vielmehr scheint sie nur eine reaktive Entzündung zu erzeugen, die die Heilung anbahnt. (Der Motivierung des Verfassers für die Wahl des Namens „Ulcus DUCREY" kann ich nicht zustimmen. Die Bezeichnung „Ulcus molle" ist ebenso altehrwürdig wie charakteristisch, selbst wenn zuweilen dasselbe sich etwas resistent anfühlt. Diese Resistenz ist natürlich von der sklerotischen Härte zu scheiden, mag die Differenzierung auch oft Schwierigkeiten bieten. Die Resistenz beim „Ulcus molle" ist etwas sekundäres, kein Charakteristikum, sondern eine Komplikation, welche die Benennung des Geschwüres als „weich" nicht zu beeinflufsen braucht. D. Ref.)

Über die Verwendung der Jodtinktur bei torpiden und tuberkulösen Hautgeschwüren, von S. BEHRMANN. Verfasser holt etwas weit aus, indem er einleitend die Geschichte der Kreosotbehandlung bei der Tuberkulose und der chirurgischen Jodoformbehandlung skizziert. Sodann berichtet er über zwei mit Jodtinktur behandelte Hautgeschwüre tuberkulösen Charakters; in dem einem Falle trat Heilung, in dem anderen Besserung ein. Die Jodtinktur wird aufgepinselt, ohne darüber einen Verband anzulegen; diesen ersetzt der sich bildende Schorf. Die Methode ist nicht neu. (Schlufs folgt.)

Ein einfaches Verfahren zur Herstellung hautfarbener Puder, Salben und Pasten, von HUGO GOLDSCHMIDT. Verfasser hat die von UNNA und RAUSCH angebahnte

Verwendung von Ichthyol und Eosin zur Färbung dermatologischer Heilpräparate weiter ausgebaut. Er verwendet eine Ichthyol-Eosinlösung (Ichthyosin), von dem weifsen und weifslichen Salben und Pasten soviel zugesetzt wird, dafs dieselben hautfarbig werden. Durch Ol. Bergamottae deckt man den Geruch des Ichthyols. Als zu färbende Pudermischung sind zu empfehlen: Zinc. oxyd. alb., Amyl. trit. aa mit Zusatz von Pulv. Irid. flor. (Auffallenderweise giebt Verfasser nicht die genauere Zusammensetzung seiner „Ichthyosinlösung" an; soll das etwa ein Geheimnis bleiben? Dann wäre die ganze Publikation entbehrlich gewesen. D. Ref.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1901. Heft 1.

Zur Eröffnung der neuen dermosyphilopathischen Schule zu Palermo. Nach einigen einleitenden Worten des Rektors der Universität hält Professor Tommasoli eine längere Rede bei Anlafs der Eröffnung des vollständig umgestalteten Institutes. Er verweist auf die grofsen Schwierigkeiten, mit denen bei den früheren mangelhaften Installationen und primitiven Zuständen in der Anstalt der Unterricht verbunden war und stellt ihnen den gegenwärtigen ganz modernen gegenüber. Professor Tommasoli begnügt sich aber nicht mit dem blofsen Unterricht und der körperlichen Behandlung seiner Schüler und Patienten. Er setzt sich noch höhere Ziele: die Veredelung des Menschen. Seine neue Anstalt soll nicht blofs der Therapie dienen, sondern eine Bildungsstätte und ein Haus der Arbeit werden. Zahlreiche Hülfesuchende im besten Mannesalter und im Vollbesitze ihrer Lebenskraft harren in Müfsigkeit des Augenblickes, wo sie geheilt entlassen werden können; favuskranke Kinder sind Monate und Jahre lang dem Schulunterricht entzogen. Um nun da dem neugeschaffenen Werke die Krone aufzusetzen, soll auch in moralischer Hinsicht für das Wohl der Patienten gesorgt werden, und zwar durch Beschaffung von passender Arbeit, Errichtung von Schulen und Herbeiziehung von Ordensleuten.

Versuche von Serotherapie der Syphilis, von Piccardi. Das bei den vier Syphilitikern in der Sekundärperiode verwendete Serum stammte von einer 25jährigen Frau her, welche selbst frei von hereditärer oder erworbener Lues war, deren Mann aber an florider Syphilis litt und welche ein syphilitisches Kind geboren hatte. Dieser Frau wurden in drei Sitzungen 550 ccm Blut entzogen (aus der Vena mediana) und nach geprüfter Sterilität den vier Patienten in Dosen von 1—10 ccm bis zu 20 Injektionen subcutan eingespritzt. Eine lokale Reaktion wurde nirgends beobachtet; andererseits wurde aber auch die Syphilis in keiner Weise beeinflufst und es nahm dieselbe ihren gewöhnlichen Verlauf. Verfasser zieht daraus den Schlufs, dafs dem Serum einer Frau, welche auf dem Wege der Placenta durch ihren vom Vater infizierten syphilitischen Foetus immunisiert worden, keine kurative Wirkung der Syphilis gegenüber zukommt.

Die Behandlung der Syphilis mit Quecksilberdämpfen in heifser Luft (Methode von Campailla), von Melazzo. Vor 200 Jahren wurde in Modica von dem Arzte Thomas Campailla eine Quecksilberräuchermethode eingeführt, welche noch heutigen Tags angewendet wird, und zwar unter Benutzung der seiner Zeit konstruierten ofenartigen Kasten von 6—700 Kubikdezimeter Gehalt, in welche der zu behandelnde Patient hineinkriechen und bei einer Lufttemperatur im Innern von 70° langsam eine Mischung von 2,0 Zinnober und 1,0 Weihrauch auf einem Kohlenfeuer verdampfen lassen mufste. Nach einer Viertelstunde wurde er wieder herausgelassen, in ein Tuch gewickelt und ins Bett gelegt. Verfasser hat nun mit entsprechenden Verbesserungen

einen ähnlichen, aber geräumigeren und bequemeren Ofen konstruieren lassen, in welchem die Luft bis auf 80° erhitzt werden kann. Mittelst eines Bunsenschen Brenners wird von aussen eine auf dem Boden des Ofens angebrachte Metallplatte erhitzt, auf der der Zinnober allmählich zum Verdampfen gebracht wird. Auf Grund seiner Versuche in zahlreichen Fällen von sekundärer Lues kommt Verfasser zum Resultate, dafs die genannte Methode bei der Behandlung der syphilitischen Erscheinungen in irgend welcher Periode die raschesten und konstantesten Erfolge aufweist und den anderen intensiven Behandlungsmethoden vorzuziehen ist. Sie ist vollständig unschädlich und schmerzlos und nicht wie die Schmierkur mit dem Übelstande der Unreinlichkeit verbunden. Sie ist besonders empfehlenswert bei Schwangeren, indem sie infolge ihrer raschen Wirkung grofse Chancen für eine normale Schwangerschaftsdauer bietet. Auf 10—12 Sitzungen reduziert, wie dies in Modica praktiziert wird, vermag die Methode nicht vor Rezidiven zu schützen und teilt somit die Übelstände aller anderen nicht hinreichend lange fortgesetzten Quecksilberkuren. Kontraindiziert ist die Methode selbstverständlich bei bestehenden Störungen der Respirations-, Cirkulations- und Harnorgane.

Über Albuminurie bei den Dermatosen, von Casarini. Verfasser hat 6 Monate lang während 20 Tagen den Harn sämtlicher in die Klinik eingetretener Patienten mit Ausnahme der Syphilitiker und der an parasitären Hautaffektionen Leidenden untersucht und teilt dabei die Dermatosen in vier Kategorien ein: solche, welche niemals mit Albuminurie verbunden waren; solche, bei denen Albuminurie vorhanden, aber als sekundäre Erscheinung zu betrachten war; mit physiologischer Albuminurie verbundene Dermatosen; Dermatosen, bei denen der Eiweifsgehalt des Harns mit der Hautaffektion in Verbindung stand. Es zeigte sich, dafs der gröfste Teil der Dermatosen ohne Albuminurie verläuft; andererseits giebt es Dermatosen, welche Albuminurie erzeugen, während diese selbst, wenn sie mit Nierenaffektionen verbunden ist, Hautkrankheiten verursachen kann. In einer ferneren Kategorie von Fällen endlich hängt sowohl die Hautaffektion als die Albuminurie von derselben Ursache ab.

Das Wasserstoffsuperoxyd bei der Behandlung des Favus, von Simonelli. Eine Antwort auf eine Mitteilung von Bellini, welcher sich mit der Methode des Verfassers (Applikationen von Wasserstoffsuperoxyd bei Favus) nicht einverstanden erklärt und ihr die seinige vorzieht: Pechkappe mit Einreibungen von Jod-Jodkaliumsalben.

Geschichtliche Bemerkungen über die Unterbringung in Spitäler und die Behandlung der Favuskranken in Mailand vom XV.—XIX. Jahrhundert, von Dezio. Der erste Abschnitt behandelt die Unterbringung der Favösen in die Hospitäler und bespricht die Organisation derselben. Die Therapie kommt in einem nächsten Hefte zur Sprache.

1901. Heft 2.

Klinische und pathologisch-anotomische Bemerkungen über einen Fall Gehirnsyphilis, von U. Mantegazza. Verfasser giebt die ausführliche Beschreibung dieses Falles, welcher einen 47jährigen Mann betrifft, der kurze Zeit nach seiner Aufnahme in die Klinik starb. 15 Jahre nach einer spezifischen Infektion mit Schanker und sehr leichten sekundären Symptomen und nachdem der Patient in der Zwischenzeit (7 Jahre nach der Infektion) einen Sturz auf den Kopf erlitten hatte, traten bei ihm heftige Kopfschmerzen, Schwindel, Schlaflosigkeit, Unruhe etc. ein. Dazu gesellte sich Ataxie, beiderseitige Okulomotoriuslähmung, Pupillenstarre, linksseitige Facialisparese und schmerzhafte Druckpunkte auf den Austrittsstellen der drei Quintusäste. Bei der Autopsie konstatierte man aufser einer diffusen Endarteriitis einen chronischen

entzündlichen Prozefs an der Basis des Gehirns, in welche die Oculomotorii und zum Teil die beiden Tractus optici mit einbezogen waren, in der Rinde einen verkästen Gummiknoten und in der rechten inneren Kapsel einen grofsen weifsen Erweichungsherd. Dieser letztere mufs selbstverständlich als sekundäre Erscheinung betrachtet werden, infolge der durch die Syphilis gesetzten Veränderungen an den Gefäfsen.

Über den Nachweis des Hansenschen Bacillus im Blute der Leprakranken und über das Verhalten desselben und des leprösen Materials bei Inokulationen auf Tiere, von Azzarello. Auf Grund seiner Untersuchungen an Tieren kommt Verfasser zum Resultate, dafs bei Inokulationen von Lepramaterial auf Tiere die Bacillen sich weder vermehren, noch sich in die umgebenden Gewebe oder in die inneren Organe infiltrieren. Auch nimmt das Lepragewebe nicht an Umfang zu. Je nach der Art des inokulierten Materials oder je nach den Tieren, die zu den Versuchen dienen, werden die inokulierten Bacillen entweder zerstört oder sie können mehr oder weniger lange erhalten bleiben, jedoch nur innerhalb des eingeführten Gewebstückes und so lange dieses selbst vorhanden ist; oder sie können zur Entwickelung eines embryonären Gewebes, vielleicht auch zu einer reaktiven Eiterung führen.

Epilepsie und Prurigo, von Callari. Es handelt sich um einen 18jährigen Burschen, welcher im 18. Jahre zum ersten Mal einen epileptischen Anfall hatte, dem seit einem Jahre Anfälle von heftigen Schmerzen im linken Ohre vorangegangen waren. Auch hatte sich bei ihm gleichzeitig ein anfallsweise auftretendes äufserst intensives Jucken eingestellt, das den Patienten zu geradezu wütendem und unwiderstehlichem Kratzen drängte. Im Ausbreitungsbezirk des Nervus auricularis magnus und posterior, des Facialis, accessorius, occipitalis major und minor bestand eine reichliche seröse Sekretion mit einigen blutigen Krusten und Erscheinungen von Lichenifikation der Haut. Dieselben Erscheinungen hatten sich in den letzten Monaten über beinahe den ganzen Körper ausgebreitet und veranlafsten auch dort dasselbe unausstehliche Jucken, das durch den leichtesten Reiz (Berühren mit einer feinen Feder, Anhauchen, Aufsitzen einer Fliege etc. etc.) hervorgerufen werden kann. Die Juckanfälle sind zuweilen mit epileptischen Krämpfen verbunden, die sich mehrmals wöchentlich wiederholen. Im Harn konstatierte man reichliche Mengen von Uraten und Phosphaten, die Stimmung ist sehr reizbar, es besteht eine Hemiatrophie des Gesichtes, Gedächtnisschwäche, Geschmacksaberration. In Bezug auf die Interpretation des Falles betreffend den Zusammenhang der beiden Affektionen, der Epilepsie und des Pruritus, neigt Verfasser zur Ansicht, dafs dieselben nicht voneinander, sondern beide zusammen von derselben Ursache, der harnsauren Diathese, abhängig sind. Eine Besserung des Übels wurde schliefslich nach allen möglichen Versuchen mit der elektrischen Vibrationsmassage nach Piesbergen erzielt.

Ein neues Heilmittel in der Dermatologie, von Casarini. Eine kurzgefafste Zusammenstellung der in letzterer Zeit empfohlenen, mehr oder weniger erprobten Medikamente bei den verschiedenen Dermatosen, die in alphabetischer Ordnung aufgezählt werden.

Die Bierhefe bei der Behandlung der Furunkulose, von Panichi. Verfasser verabreicht seinen Patienten die Bierhefe in täglichen Dosen von 4 g, die in zwei Portionen, mit je einem Deciliter Wasser, Milch oder Fleischbrühe, je nach Gutdünken der Patienten, abgeteilt werden. Unangenehme Zufälle, Druck auf dem Magen, Aufstofsen, Diarrhoen), wie solche Debauzy und Brocq erwähnen, hat Verfasser keine beobachtet. Es werden die Krankengeschichten mitgeteilt. (Fortsetzung folgt.)

Geschichtliches über die Hospitalisierung und die Behandlung der Favuspatienten in Mailand vom XV.—XIX. Jahrhundert, von Decio. (Fortsetzung.)

In diesem Kapitel bespricht Verfasser auf Grund sorgfältig untersuchter Dokumente die zum Teil äußerst sonderbaren und unsinnigen Behandlungsmethoden, die im XVI. und XVII. Jahrhundert gegen Favus (und Herpes tonsurans) angewendet wurden. Am Ende des XII. Jahrhunderts erwiesen sich die therapeutischen Maßnahmen noch als außerordentlich spärliche; doch machen sich andererseits bereits einige sehr lobenswerte Verbesserungen in hygienischer Hinsicht bemerkbar (Isolierung etc.).

C. Müller-Genf.

Bücherbesprechungen.

Die Prophylaxe der funktionellen Störungen des männlichen Geschlechtsapparates, von Hermann Rohleder-Leipzig. Die als drittes Supplement zu Nobiling-Jankaus Handbuch der Prophylaxe erschienene Arbeit des Verfassers stellt eine klare, präzise Zusammenfassung alles dessen dar, was sich auf die Verhütung sexueller Störungen beim Manne bezieht. Rohleder zerlegt seinen Stoff in die vier Abteilungen Prophylaxe der Masturbation, der krankhaften Samenverluste, der Impotentia virilis und der Sterilitas virilis. Bei der Onanie hat man zwischen im Körper selbst und außerhalb desselben gelegenen ätiologischen Momenten zu unterscheiden. Die Prophylaxe im ersteren Falle ist eine relativ leichtere. Beobachtet wird die Masturbation häufig bei Phthisikern, wo ein vernünftiger Hinweis auf die Schädigung des ohnehin kranken Körpers oft von Erfolg ist; ferner bei Diabetikern, wo man neben entsprechender Diät und Alkoholverbot vier- bis fünfmal am Tage einen Eßlöffel Extractum syrygii jambolani fluidum mit Erfolg gegen den Pruritus giebt; des weiteren beim chronischen Genitalekzem, Lichen ruber, Pemphigus pruriginosus und Urticaria, sowie bei Scabies und Phthiriis. Für kleine Kinder, besonders Mädchen, kommt der Oxyuris vermicularis in Betracht. Ganz besonders als Krankheitsentität ist aber als ein wichtiger die Onanie begünstigender Faktor der essentielle Pruritus genitalium zu erwähnen. Beim weiblichen Geschlecht gebe man statt des beim Manne indizierten Teers warme Tanninbäder in einer Stärke, daß die Lösung Bierfarbe erhält. Außerdem verordne man 5%ige Karbolumschläge. Auch Strikturen der Urethra und Prostatahypertrophien verleiten infolge des durch die Harnretention verursachten Juckens zur Masturbation. Die Therapie der Erscheinungen ist zugleich das gebotene Prophylaktikum. „Die Prophylaxe der Onanie bei außerhalb des Körpers gelegenen Momenten wurzelt in einer vernünftigen Erziehung besonders während der Schulzeit. Man unterscheidet eine häusliche und eine öffentliche Prophylaxe. Für erstere: moralische Behandlung, Hebung der Willens- und sittlichen Widerstandskraft, Ablenkung durch gute Bücher und durch körperliche Ausarbeitung. Beim Heranwachsen zum Jüngling, zur Jungfrau sollten die jungen Menschenkinder durch die Eltern eine gewisse Belehrung über die sexuelle Sphäre erhalten. Was die öffentliche Belehrung anbelangt, so fordert der Verfasser aufklärende Vorträge des Schularztes vor dem Lehrerkollegium. Beobachtung der Haltung der Hände, letztere müssen stets auf der Schulbank liegen und dem Lehrer stets sichtbar sein. Der schon zum Masturbant Gewordene ist über die Schädlichkeit seines Treibens zu belehren, entweder durch Lehrer, Lehrerin oder Arzt. Nur muß hierbei sehr taktvoll und vorsichtig eingeschritten werden. Das Übel jedoch zu ignorieren, wäre verderblich. Vor Ausbruch des Übels die Schüler vor der Onanie zu warnen, verwirft Rohleder entgegen

Cohns Vorschlag. Was die allgemeine Prophylaxe betrifft, so besteht sie in vernunftgemäfser Lebensweise, Kleidung (keine Wolle am Körper, keine vorderen Hosentaschen bei den Knaben, kein Korsett, Betten ohne Unterbetten, statt des Oberbettes nur eine Decke), Ernährung (womöglich kein Alkohol, wenig Kaffee und Thee, frugales Abendessen). Von Medikamenten warnt Rohleder vor Fellows Hypophosphite Syrup, Secale cornutum und Salipyrin, weil sie aphrodisiastisch wirken.

Die krankhaften Samenverluste treten entweder als Miktions- oder Defäkationspermatorrhoe auf. Ätiologische Momente sind: 1. sexuelle Excesse, Onanie und unterbrochener Beischlaf, 2. Abusus sexualis, 3. Erkrankungen der Genitalorgane. Die Prophylaxe in diesen Fällen erhellt von selbst. Doch warnt der Verfasser ausdrücklich davor, Eheleuten längere Abstinenz anzuraten. Die Gefahr eines Rückfalles in die alte Onanie, die Gefahr aufserehelicher Aushülfe und extramatrimoniellen Infektion ist gegeben. Zeitweilige Abstinenz ist in vielen Fällen ratsam. Bei Erkrankungen der Genitalsphäre wie Urethritis posterior blennorrhoica und Entzündungen des Colliculus seminalis und bei auf Tripper beruhender Prostatitis wird eine entsprechende Therapie die krankhaften Samenverluste erfolgreich bekämpfen. Die virile Impotenz kann eine organische, psychische, nervöse oder durch Allgemeinkrankheiten (wie Paralyse) bedingte sein. Im ersten Falle spielen Mifsbildungen eine Rolle (Hypo-Epispadie, Phimosen, hochgradige Hydrocelen u. a.) die zum Teil chirurgisch oder mechanisch zu heben sind. Die von Finger und Oberländer behauptete Impotenz durch chronischen Tripper des hinteren Harnröhrenabschnittes will Verfasser nicht ohne weiteres anerkennen. Die psychische ist mehr eine momentane Impotenz, die gerade zu den unpassendsten Zeiten auftritt (Hochzeitsnacht, Flitterwochen). Hier ist entweder das Mifstrauen in die eigene Fähigkeit der Grund — und zwar bei Männern, die viel sexuell verkehrt haben oder die Furcht, dafs der erste Coitus mifslingen könnte — bei wirklich Abstinenten. Die nervöse Impotenz zeigt sich in zwei Formen, entweder hört die Erektion vor der Einführung des Gliedes auf oder die Ejakulation tritt vorher ein. Hier ist die Hydrotherapie am Platze. Kalte Abreibungen mit dem Schwamm direkt nach dem Aufstehen. Zum Abtrocknen verwende man nicht wollene Tücher. Eventuelle kalte Douchen und Abstreichen und Abreiben über umgeschlagenen feuchten Tüchern, sowie kühle Sitzbäder mit nachfolgender kalter Stachelbrause. Nordseebäder wirken ebenfalls recht gut. Auch der Psychrophor ist angebracht. Fingers Vorschlag, dabei laue Temperaturen zu nehmen, widerrät der Verfasser als nutzlos, ja zuweilen schädlich. Vor allem mufs bei der psychischen wie nervösen Unfähigkeit kausal, gegen alle Excesse, vorgegangen werden. Die Organsafttherapie, Poehls Spermineinspritzungen, Babes' und Pauls Nervensubstanzinjektionen, hält Verfasser für nutzlos, empfiehlt aber Fellows Syrup mit Phosphor, Phosphorleberthran und das Johimbin. In ähnlich erschöpfender Weise behandelt der rühmlich bekannte Verfasser auch die übrigen Kapitel seines Stoffes. Auch der Eingeweihte wird das Buch mit Nutzen studieren. *Hopf-Dresden.*

Die physiologischen Wirkungen der Polentladungen hochgespannter Induktionsströme und einiger unsichtbaren Strahlungen, von Leopold Freund. (Carl Gerolds Sohn, Wien 1900.) An zahlreichen, mit grofsem Fleifse ausgeführten Experimenten physikalischer und bakteriologischer Natur, sowie an Versuchstieren prüfte Fr., der bekannte eifrige Verfechter der Röntgentherapie, die Wirkungen der Röntgenstrahlen, der (d'Arsonvalschen) Hochfrequenzströme und der Franklinisation, drei Arten der Elektricität, die erst in den letzten Jahren Eingang in die Therapie gefunden haben. Angefügt sind sodann noch Untersuchungen über die Becquerel- und Phosphorescenzstrahlen; zu ersteren wurden statt des metallischen Urans Salze

desselben (Radium und Polonium) verwandt. Referent muſs sich versagen, auf die lichtvollen Versuche (55 an der Zahl sind angegeben) und die Einzelheiten der histologischen Befunde einzugehen, und sich darauf beschränken, die wichtigsten Schluſsfolgerungen der aus dem pathologisch-anatomischen Universitätsinstitute und dem neuen Institute für Radiographie und Radiotherapie in Wien hervorgegangenen Arbeit anzuführen. Direkte Funkenschläge, gleichgiltig wie sie entstehen, ob als direkte Polentladungen des Funkeninduktors oder als Effluvien des D'ARSONVAL-OUDINschen Apparates, können beim Tiere Haarausfall zuwege bringen. Direkte Funkenschläge sind im stande, Aussaaten und bereits entwickelte Kulturen des Staphylococcus pyogenes aureus, des Typhusbacillus, des Dyphtheriebacillus, des Soorpilzes, des Tuberkelbacillus und des Achorion Schönleinii in der weiteren Entwickelung zu hemmen, resp. abzutöten. Diese Wirkung äuſsert sich unter Umständen auch durch dünne Schichten von Holz, Papier, Aluminium, Staniol und menschlicher Leichenhaut; sie erstreckt sich auch auf Mikroorganismen, welche in Flüssigkeiten suspendiert sind. Die stillen Entladungen stellen eine Erscheinungsform der Funkenentladungen dar, durch welche letztere wohl einiges an der Intensität ihrer physiologischen Wirkung einbüſsen, durch welche jedoch manche unerwünschten Nachteile der direkten Funkenschläge (z. B. Schmerz) vermeidbar sind. Den Röntgenstrahlen selbst kommt nach diesen Versuchen keine physiologische Bedeutung zu, insofern ihr Einfluſs auf das Bakterienwachstum in Frage kommt. Becquerel- und Phosphorescenzstrahlen äuſsern weder physiologische Wirkungen auf die Bakterienentwickelung noch auf die normale Hautdecke. Die durch direkte Funkenentladungen in der Haut hervorgerufenen pathologischen Veränderungen bestehen in Blutungen in das Cutisgewebe, in Entzündung und in einer durch Vakuolenbildung sich charakterisierenden Gefäſserkrankung. Bei allen drei Arten, der Franklinisation, den Hochfrequenzströmen (D'ARSONVAL) und den Röntgenstrahlen, welche nach FREUNDS Untersuchungen in ihrer Wirkung nahe verwandt sind, hält er es nur für erwiesen, daſs diese direkten Funkenschläge das Ausschlagende für die Hautveränderungen sind; die bisherige Annahme, daſs den Röntgenstrahlen selbst — ohne Mitbeteiligung der eigentlichen Elektricität — diese Wirkung auf die Haut zukomme, läſst FR. somit befallen. Die drei Arten von elektrischen Strömen unterscheiden sich übrigens in der Intensität und zwar ebenso wie die verschiedenen elektrischen Schwingungen in ihren physikalischen Eigenschaften.

Stern-München.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Über die Lokalisation der taktilen Hautanästhesie Tabetischer, von GRASSER. (*Wien. med. Presse* 1900. No. 42—43.) Verfasser hat in 52 Fällen von Tabes 51 mal am Oberkörper anästhetische Zonen konstatiert, darunter sehr oft im präataktischen Stadium. Im frühesten Initialstadium lieſs sich in einigen Fällen nur ein hypästhetischer Fleck über der Brustwarze in der Mamillarlinie, dem Verbreitungsbezirk der dritten Dorsalnervenwurzel entsprechend angehörig, nachweisen; eine ähnliche hypästhetische Insel fand sich auf dem Rücken zwischen hinterer Axillar- und Medianlinie derselben Wurzel. Bei vorgeschrittenen Fällen dehnte sich der anästhetische

Bezirk auf das ganze Gebiet des dritten Dorsalnerven aus, umgab den Thorax und verbreitete sich nach unten auf den vierten bis sechsten Dorsalnervenbezirk, wobei in vielen Fällen die Sternalgegend noch verschont blieb. Bei weiteren Fortschritten der Krankheit verbreitete sich die hypästhetische Zone nach oben und unten über alle Dorsalnervengebiete, ging aber niemals auf die Cervikalnervengebiete über. Die konstante Regelmäfsigkeit des Auftretens der dem dritten Dorsalnervengebiet entsprechenden Sensibilitätsherabsetzung, die ebenso konstante Verbreitungsweise in continuo von Wurzel zu Wurzel nach oben und unten und das stete Verschontbleiben der oberen Cervikalwurzelgebiete sind also Erscheinungen, die speziell zu beachten sind. Selten sind beide Körperhälften intensiv und extensiv gleich affiziert. Was nun die Untersuchungen am Unterkörper anbelangt, ergaben dieselben, 1. dafs in allen Fällen mit Ausnahme eines einzigen der erste Nervus sacralis den Ausgangspunkt der Anästhesie des Unterkörpers abgiebt und von hier nach unten, resp. oben, im Sinne der Anordnung der Wurzelstränge die Affektion fortschreitet; 2. dafs es jedoch Fälle giebt, in denen der zweite Nervus sacralis übersprungen scheint und man dann von zwei Herden am Unterkörper (Plantae pedis und Gesäfsgegend, resp. Genitalgegend) sprechen kann. Selbst in Fällen hochgradigster Hautanästhesie ist die Sensibilität in Gebiete des elften und zwölften Dorsal- und ersten Lumbalnerven nie ganz erloschen. Die Sensibilitätsdefekte der Gelenke sind stets unvollkommen, die Ataxie kommt an den oberen Extremitäten seltener vor als an den unteren. Diese Sensibilitätsdefekte der Gelenke haben meist ascendierenden Charakter, d. h. sie sind an den Zehen stärker als am Sprunggelenk und hier stärker als am Knie, nur in sehr hochgradigen Fällen finden sie sich am Hüftgelenk und an der Schulter. Die kompensatorische Übungstherapie schien keine deutlich nachweisbare Besserung der Sensibilität der Gelenke zu bewirken. *A. Alpár-Alexandria.*

Über die Querstreifung der Nägel und die Regenerationsfähigkeit des Horngewebes bei den Irren, von M. Trevis. (*Giorn. della R. Acc. di Med. di Torino.* 1900. No. 4.) Verfasser hat bei einer Reihe von gesunden, neuropathischen und psychopathischen Individuen die Nägelveränderungen unter physiologischen und pathologischen Bedingungen kontrolliert, indem er den Nagel in der Nähe des Falzes mit Höllensteinlösung bepinselte und danach das Wachstum in Bezug auf seine Geschwindigkeit direkt mafs. Er hat dabei gefunden, dafs dieses Wachstum nicht allein vom Alter, der Temperatur, der Krankheit etc. abhängt, sondern dafs ein und derselbe Nagel bedeutende Unregelmäfsigkeiten in Bezug auf die Schnelligkeit des Wachstums aufweisen kann. Krankhafte Zustände irgend welcher Art, welche während einiger Tage das Gleichgewicht der allgemeinen Bedingungen des Organismus zu stören vermögen, lassen auch auf den Nägeln ihre Spuren zurück in Gestalt von queren Erhabenheiten oder Einsenkungen, welche die ganze Breite des Nagels einnehmen. Am meisten wurden diese Erscheinungen am Daumen beobachtet, und zwar weitaus am häufigsten bei Irren. Beinahe konstant und geradezu eine Regel bildend war die Erscheinung bei den periodischen Psychosen, wo jeder Anfall durch eine quere Erhabenheit oder Einsenkung markiert war. Auch bei Paralytikern mit apoplektiformen oder epileptiformen Anfällen oder bei Alkoholikern mit Aufregungszuständen wurde das Phänomen konstatiert. Verfasser hält auf Grund dieser seiner Beobachtungen dafür, dafs eine reichliche Querstreifung der Nägel bei einem Individuum sehr für einen psychopathischen Zustand desselben spricht und meint, dafs die Erscheinung auch in forensischer Beziehung von grofser Bedeutung ist.

C. Müller-Genf.

Über das Vorkommen von Talgdrüsen in der Wangenschleimhaut, von Lublinski. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1900. No. 52.) Aufmerksam gemacht durch die

Arbeiten von Audry und Delbanco, achtete Verfasser bei einer grofsen Anzahl von Patienten auf das Vorkommen von Talgdrüsen in der Mundschleimhaut und fand sie in nicht wenigen Fällen; er nimmt an, dafs die schon präformierten Drüsen durch einen Reiz (Quecksilber, Alkohol, Tabak) zum Vorschein kommen. Von Interesse ist ein Fall, der einen 43jährigen, abgesehen von gichtischen Beschwerden, vollkommen gesunden Kollegen betraf; er hatte in der interdentellen Linie auf beiden Seiten eine grofse Menge kleiner gelblicher, griesartiger Fleckchen, die absolut schmerzlos waren.

F. Hahn-Bremen.

Hygiene.

Über die Prophylaxe der venerischen Krankheiten, von Marschalkó. (*Orvosi hetilap.* 1901. No. 5—6.) Verfasser hielt unter diesem Titel einen Vortrag in der k. ung. Ärztegesellschaft, welchem sich eine lebhafte Diskussion anschlofs. Verfasser kulminiert in seinem Vortrage, dafs auch durch Verbesserung der polizeiärztlichen Institution der Verbreitung der venerischen Krankheiten kein besonderer Damm wird gesetzt werden können. Die Reglementierung und Kontrolle der Prostituierten allein kann heute nicht mehr als genügend betrachtet werden, und zwar aus folgenden Gründen: Die Verbreitung der venerischen Krankheiten hat bereits solche Dimensionen angenommen und unter den heutigen gesellschaftlichen Verhältnissen propagieren so viele verschiedenartige Faktoren deren Verbreitung, dafs blofs allein von der Reglementierung der Prostituierten eine Verbesserung der Verhältnisse zu erwarten, man als Utopie betrachten kann, weil die Kontrolle der Prostitution immer nur eine relative Institution bleiben wird, auch wenn dieselbe noch so perfekt durchgeführt wird, so dafs eigentlich von einer Kontrolle nur eines kleinen Bruchteiles die Rede sein kann, weil man doch einsehen mufs, dafs, welche Mafsregeln immer getroffen werden, doch nur ein kleiner Bruchteil der dem Verdienste nachjagenden Prostituierten der Kontrolle zugeführt werden kann, mithin sowohl die polizeiliche als auch polizeiärztliche Thätigkeit, wie sie heute ausgeführt wird, als eine ungenügende deklariert werden mufs. Verfasser erwartet vielmehr von der fachgemäfsen, dem heutigen Stande der Wissenschaft entsprechenden Behandlung der venerischen Krankheiten und von der individuellen Prophylaxe, durch Aufklärung des Laienpublikums, hauptsächlich der Jugend und der Prostituierten, eine Gegenwehr gegen dieses ausgebreitete soziale Übel. Den venerisch Erkrankten müfsten alle Hospitäler und zahlreiche Polikliniken unentgeltlich zur Verfügung stehen, dies hauptsächlich der armen Klasse, die luetischen Prostituierten müfsten chronisch intermittierend behandelt werden, und zwar in eigenen Polikliniken, welche auf der Stätte der polizeiärztlichen Untersuchungen geschaffen werden sollten. Wir haben zwar keine besonderen Behelfe — wenn auch in dieser Beziehung dem Kranken so mancher Ratschlag gegeben werden kann, sich gegen die Syphilis genügend zu schützen —, um so mehr kann die Prophylaxe bei der Blennorrhoe des Mannes durchgeführt werden und Verfasser verspricht sich viel in der Zukunft durch prophylaktische Einträufelungen in die Harnröhre nach dem Coitus mit antiblennorrhoischen Mitteln (z. B. 20% Protargolglycerin, welche natürlich von jedem humandenkenden und gewissenhaften Arzte der Credéschen Prophylaxis ähnlich im Laienpublikum verbreitet werden sollte). Zur leichten Ausführung dieser Mafsregeln konstruierte Verfasser einen sehr handlichen und praktischen Taschenapparat, eine Verbesserung der bis jetzt konstruierten Tropfenzähler, mit dem Namen „Phallokos“ in den Verkehr eingeführt, welcher eine möglichst weite Verbreitung verdient.

Diskussion. Havas hält die Prostitutionsfrage für eine ernste soziale Frage, nur darf man von der Reglementation nicht mehr erwarten, als dieselbe eben bieten kann. Wenn auch die Kontrolle der Prostituierten noch so energisch ist, die Hospitalsbehandlung eine noch so pünktliche ist, so können doch nicht diejenigen Resultate erzielt werden, welche man auf theoretischer Basis davon erwarten sollte. Denn die vormittags entlassene Prostituierte kann bereits abends manifeste Papeln haben, ebenso kann auch die latente Syphilis infizieren, und solche Kranke können doch nicht gut länger im Hospital behalten werden, als sie manifeste Symptome haben. Die intermittierende Quecksilberbehandlung kann auch nicht vor Infektion schützen, weil auch die latente Syphilis infiziert. Die an Blennorrhoe leidende Prostituierte behält er so lange im Hospital, so lange Gonokokken in den Sekreten nachweisbar sind, nach zwei negativen Befunden wird dieselbe entlassen. Die Blennorrhoe der Prostituierten ist, so lange dieselbe nicht über den Cervix uteri schreitet, heilbar; in dem Momente, wo dieselbe diese Grenze überschreitet, wo die Adnexen bereits erkrankt sind, hält er dieselbe als unheilbar. Trotz aller dieser Übelstände ist die Reglementation eine nützliche und notwendige Sache, weil, wie Fournier am Brüsseler Kongresse richtig bemerkte, und auch die Räson es diktiert, dafs ein solches Mädchen, das an manifesten Symptomen leidet, in 100 Fällen 95 mal sicher infizieren wird, das an latenten Symptomen leidende hingegen in 100 Fällen beiläufig nur 5—6 mal infizieren wird. Die Hauptbedingung der Reglementation soll darin bestehen, dafs die Polizei sich so wenig wie möglich hineinmengt, dafs dieselbe mit möglichst wenig Vexationen einhergeht und dafs mit den Kranken möglichst human umgegangen werden soll. Vom prophylaktischen Standpunkte kann es nützlich sein, dafs die 14—15jährigen Knaben über die Gefahren der Infektion aufgeklärt werden sollen, was sie allerdings nur auf einige Jahre hinaus zurückhalten wird. Notwendig ist es noch, dafs die Prostituierten instruiert werden, die sie besuchenden Männer untersuchen zu können. Zum Thymeschen Prophylaktikum hat er gar kein Vertrauen, dasselbe hat den Wert eines gewöhnlichen Fettes.

Nékám: Das aufsereheliche Geschlechtsleben ist in keiner Form zu unterdrücken. Die Geschlechtsreife bei dem ungarischen männlichen Geschlechte tritt im 16. bis 17. Lebensjahre auf, die des weiblichen im 15. Jahre; die Statistik weist aber nach, dafs die meisten Ehen erst im 26. bis 29. Lebensjahre geschlossen werden. Wenn nun der geschlechtliche Trieb befriedigt werden soll, so müfsten dieselben während 11—13 Jahren masturbieren oder extramatrimonial cohabitieren, deren Endresultat die Verbreitung der venerischen Krankheiten ist, wie folgende kleine Statistik es auch zeigt: Die Jahrbücher der allgemeinen Hospitäler in Budapest zeigen während 10 Jahren, dafs unter 52770 Hautkranken 563,81 ‰ venerisch erkrankt waren exklusive der blennorrhoischen Erkrankungen. Unter 17916 ambulanten Kranken der Universitätsklinik waren 267,81 ‰, unter 2000 Diagnosen seiner Privatklinik 260,55 ‰ venerisch erkrankt, überall die blennorrhoischen Kranken ausgeschlossen. Auf dem Gebiete der Prostitutionsfrage wäre also noch vieles zu leisten, und zwar 1. man könnte in allen Anstalten die Gruppe der venerischen (Buhl-) Krankheiten, welche das Publikum abschreckt, einstellen, wodurch dieselben den verschämten und geheimen Charakter verlieren würden. 2. Es wäre wünschenswert, die Verhältnisse der behördlich konzessionierten Prostituierten zu bessern, damit dieselben nicht so leicht die Opfer der Ausbeutung werden. Die Besserung ihrer Lage kann nicht von der bakteriologischen Untersuchung erwartet werden, welche eben bei diesen Erkrankungen nicht ausreichende sind, weder von der Vermehrung der Kontrolluntersuchungen, deren Kosten die Prostituierten nicht bestreiten können, noch von der Untersuchung der Männer, welche undurchführbar ist; weder von der Plazierung der Prostituierten in eine Gasse

(wie in Bremen), welches nur in kleinen Städten durchführbar ist, noch von dem Hospitalzwange, die Kranken bis zu ihrer Infektiosität zurückzuhalten, welches unmenschlich, unrechtmäßig ist und sehr teuer zu stehen kommt. Die Sanierung der Verhältnisse wäre nur dann möglich, wenn das Absurdum aufhören wird, daß man die Prostituierte entweder ganz gesund erklärt, die dann ihr Gewerbe frei ausüben kann, oder dieselbe wird als hospitalbedürftig Schwerkranke deklariert; aber für die Fälle, die Ruhe, chronische Behandlung, kleinere Eingriffe benötigen, ist gar nicht gesorgt. Diese Verhältnisse zwingen dann die Prostituierten dazu, daß sie trachten, ihre Krankheiten möglichst zu verheimlichen, sie sehen in dem Arzte nicht den Wohlthäter, sondern ihren Gefängniswächter, der vom Staate auf sie gehetzt wird wird und den sie von ihrem traurigen Verdienste zu honorieren gezwungen sind. Diesem könnte nur abgeholfen werden durch Einführung der ambulatorischen Behandlung, deren Nützlichkeit nur dann ersprießlich sein wird, wenn die von der Kobabitation verbotene Prostituierte dieses Gebot auch richtig einhält. Zu diesem Zwecke müsste eine besondere administrative Abteilung bei der Polizei eingeführt werden, welche sich mit der Dienstbotenvermittelung, mit der Evidenzhaltung der Näherinnen, Arbeiterinnen, Chanteusen etc., mit der Kontrolle der Prostituierten und mit Durchführung der ärztlichen Verordnungen beschäftigen müßte. Diese Administration müßte unter anderem den Mietetarif der Prostituierten bestimmen, das Verhältnis zwischen Mieter und Vermieter regeln und die Prostituierten in einzelnen und gewissen Bezirken internieren. Die andere Hälfte der Administration wäre die vollkommen unentgeltliche Ambulanz für Männer und Weiber, wo dieselben auch die Medikamente umsonst erhalten, wie das in Paris geschieht. Hier müßten die Prostituierten in geregelten Zeitabschnitten erscheinen, wie das in Berlin geschieht, wo 12 Ärzte täglich 450—600 Individuen untersuchen. Der untersuchende Arzt sei zugleich der behandelnde, die schwerer Kranken wären in die Hospitäler zu weisen, die leichter erkrankten Prostituierten wären in ihrer Wohnung zu belassen, nur müßte das Verbot der Kobibatation durchgeführt werden. Zu diesem Zwecke müßte in jeder Wohnung dieser Prostituierten auf einem gut sichtbaren Platze ein ihre Infektiösität bezeugendes Attest affichiert werden, im Interesse der Sache und um die administrativen Verordnungen ausspielen zu können, wäre es sogar nicht unmöglich, die dem Verbote unterworfene Prostituierte auf eine Art und Weise, z. B. mit Anilinfarben, auf die Dauer des Verbotes kenntlich zu machen. Jede Prostituierte könnte verpflichtet werden, daß sie ihren Gast mit Seife, reinem Handtuch etc. versieht, daß von den Behörden ihnen gelieferte, z. B. Blokusewskische Präservative, Vaselin u. s. w. daselbst zu billigen Preisen verkauft werden sollen. Bei der Polizei müßten den Prostituierten Bäder zur Verfügung stehen, damit selbst die ärmste die Reinlichkeit pflegen kann. Um die Gefahren der geheimen Prostitution herabzusetzen, müßten bei jedem Platzwechsel der Dienstboten, bei der Herausgabe der Gewerbescheine etc. die Platzsuchenden zur Untersuchung gezwungen werden, denn jedermann hat das Recht, zu verlangen, daß die Bediensteten gesund ihre Stellung aufnehmen, und solche Fälle dürften sich nicht wiederholen, wie es erst unlängst in der Familie eines Malers vorkam, daß der Dienstbote die Handtücher blennorrhoisch infizierte und die ganze Familie, an Augenblennorrhoe erkrankt, beinahe das Augenlicht verlor. Das heutige Gesetz bestimmt dies wohl noch nicht, aber das Publikum fühlt es, daß die in den Entlassungszeugnissen vorgemerkte Phrase „gesund entlassen" absolut keinen Wert hat, daher ein diesbezügliches Gesetz provoziert werden müßte. Alle diese Maßregeln würden nur augenscheinlich viel kosten. Denn wenn diese Anomalie aufhören würde, daß bei uns die Sanitätsverhältnisse vom Staate, Gemeinden, Komitaten, Religionsparteien und selbst von Privaten ganz nach ihrem

beliebigen Thun und Wollen mit Hospitälern, Ambulatorien, Desinfektions-, Impf- und Rettungsanstalten versehen werden, wenn wir nicht viererlei bakteriologische Institute hätten, wenn wir nicht staatliche, polizeiliche und städtische Sanitätsämter hätten, die sich nur in den gegebenen wichtigen Momenten zanken und gegenseitig die Maßregeln hintertreiben, wie das in der in den Jahren 1892—94 herrschenden Choleraepidemie zu beobachten war, wenn alle den sanitären Verhältnissen gewidmeten Mittel konzentriert würden, wie das in Frankreich mit der „Assistance publique" geschieht, so könnte man die idealsten sanitären Verhältnisse erreichen mit denselben Mitteln, wie sie uns heute zu Gebote stehen.

Rákosi (Polizeiarzt): Zur Verhütung der Ausbreitung der venerischen Krankheiten spielt eine wichtige Rolle das Miteinanderarbeiten des Polizeiarztes und Hospitalarztes. Ob die Kontrolle der Prostitution notwendig ist oder nicht, beweisen am besten die Statistiken von Italien, wo nach Auflassen der Kontrolle alle Arten der venerischen Krankheiten bedeutend zunahmen. Was nun die bakteriologische Untersuchung der Blennorrhoe anbelangt, so besteht bei der Budapester Polizei ein Laboratorium, wo das Sekret der klinisch Verdächtigen auf Gonokokken untersucht und im positiven Falle die Kranke ins Hospital befördert wird. Die Instruktion der Prostituierten ist wohl in der These schön, aber in der Praxis undurchführbar.

Fellki hält vor allem beachtenswert die Bestrebungen des Vortragenden, zur Verhütung der Ausbreitung der venerischen Krankheiten geeignete prophylaktische Maßregeln zu treffen und daß Vortragender auf die Mißlichkeiten hinweist, daß die Ansicht verbreitet ist, als wenn die polizeiärztliche Untersuchung gewisse Garantien bietet gegen die Gefahr der Ansteckung, was ja selbst bei dem besten Kontrolldienste nicht möglich ist, geschweige denn der Gefahren der so ausgebreiteten geheimen Prostitution. Wenn es auch als richtig aufzufassen ist, daß die Jünglinge über die Bedeutung der venerischen Krankheiten instruiert werden sollen, so ist nichtsdestoweniger die ganze Gesellschaft auch darauf angewiesen, die die in Rede stehenden Krankheiten als geheime stempelt und weil diese Kranken nicht mit demselben Wohlwollen behandelt werden, wie andere Kranke. Vortragender scheint großes Gewicht darauf zu legen, prophylaktische Einträufelungen nach einem suspekten Coitus machen zu lassen, die seit einigen Jahren stets häufiger betont werden. Über den Effekt des Verfahrens läßt sich allerdings nur auf Basis von längerer Beobachtung ein Urteil abgeben, immerhin sind solche Fälle, wie sie Vortragender erwähnt, beachtenswert. Für das Gelingen dieses Prophylaktikums spricht aber auch das erreichte gute Resultat, welches man mit der Abortivbehandlung der bereits entwickelten Blennorrhoe beobachten kann, wenn dieselbe nur in den ersten Tagen nach der Infektion durchgeführt wird. Das von ihm vor Jahren publizierte Verfahren, die affizierte Urethra rechtzeitig mit 3%igen Argent. nitr.-Lösungen auszupinseln, führte in den meisten Fällen zu guten Resultaten. Daher verdienen die vom Vortragenden angegebenen prophylaktischen Einträufelungen, bei der Zweckmäßigkeit des von ihm konstruierten Instrumentes, daß in den weitesten Kreisen damit Versuche gemacht werden sollen.

A. Alpár-Alexandria.

Die Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten, von E. Lassar. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1900. No. 50 u. 51.) Ausgehend von der Ansicht, daß die Prostitution die Hauptquelle der Geschlechtskrankheiten ist, hält L. für den aussichtsvollsten Weg der Prophylaxe die Assanierung der Prostitution. Das Fehlen einer gesetzlichen Grundlage (§ 180 des Reichsstrafgesetzbuches enthält bekanntlich das Verbot, Prostituierte als Mieterinnen aufzunehmen) ist vor allem daran schuld, daß bei den prophylaktischen Bestrebungen nicht so fest mit den inskribierten, sondern vielmehr mit den geheimen Prostituierten zu rechnen ist (L. schätzt die Zahl der letzteren in

Berlin auf ca. 20000, während die der inskribierten zwischen 4000 und 5000 beträgt). Um diese einer rechtzeitigen Behandlung zuzuführen, möchte nun Vortragender den Versuch mit einer von der Gemeinde zu schaffenden Poliklinik für geschlechtskranke Frauen machen, in welcher Untersuchung und Behandlung unentgeltlich stattzufinden haben; die jetzige Sittenpolizei sollte beibehalten und derselben alle diejenigen angezeigt werden, welche sich nicht den Anordnungen des Ambulatoriums fügten. Ohne einen ganz sicheren Erfolg natürlich voraussagen zu wollen, glaubt L. mit seinem Vorschlage einem Ziele, welches auf dem bisher eingeschlagenen Wege in weiter Ferne vor uns liegt, näher zu kommen, nämlich die Mehrzahl der Prostituierten gesundheitlich zu überwachen. Des weiteren hält L. die gut überwachten Bordelle vorläufig noch für unentbehrlich und jedenfalls für weit besser, als dieselben völlig zu verbieten, wie das Beispiel verschiedener Städte, wie Hamburg und Leipzig, lehrt; absolut notwendig ist es aber nach dem Vorgange Dänemarks, in diesen Bordellen den Ausschank alkoholischer Getränke zu verbieten, so dafs nur derjenige in das Bordell geht, der von vornherein den Geschlechtsverkehr dort sucht. L. tritt auch dafür ein, dafs den Prostituierten im Krankenhaus stets unentgeltliche Behandlung zu teil werde, wie überhaupt den Geschlechtskranken der Zugang in die Krankenhäuser möglichst erleichtert werde. Schliefslich erwähnt noch L. einen nicht unwichtigen Weg zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, welcher in Belehrung möglichst breiter Volksschichten über deren Gefahren besteht (Vorträge, populäre Schriften, wie jene von Blaschko). *Stern-München.*

Mikroskopische Technik.

Über das Vorkommen einkörniger Zellen im blennorrhoischen Urethralsekret, von A. Pappenheim-Königsberg i. Pr. (*Virchows Arch.* 1901. Bd. 164.) Pappenheim, bekannt durch mehrere hämatologische Arbeiten, sowie durch einen ersten Grundrifs der wissenschaftlichen Farbchemie, hat dieses Mal ein allgemein pathologisches Thema in den Bereich seiner Untersuchungen gezogen und sich bemüht, hierbei die hämatologischen Untersuchungsmethoden, sowie die hämatologische Nomenklatur in Anwendung zu bringen, ein Versuch, welcher sehr dankenswert ist, da die Wissenschaft nur gefördert werden kann, wenn die einzelnen Disciplinen in stetem Connex miteinander bleiben und die Errungenschaften vereinen oder von den Schwesterdisciplinen mit neuen Gedanken belebt werden.

Pappenheim hat die dem Urologen geläufige Thatsache, dafs bei der „chronischen" Blennorrhoe mehr mononukleäre Zellen im Eiter sich finden, mit dem augenblicklich herrschenden Standpunkt der Entzündungslehre in Beziehung gesetzt. Wie besonders Marchands Untersuchungen gelehrt haben, haben wir Grund anzunehmen, dafs eine Entzündung so verläuft, dafs zuerst aus den Gefäfsen polynukleäre Leukocyten auswandern, dafs dann aber das umgebende Gewebe durch Produktion mononukleärer Zellen reagiert. Diese mononukleären Elemente des Eiters wären also nach P. der symptomatische Ausdruck für die „Infiltration" der Submucosa, für beginnende Strikturierung etc. Interessant ist nach P., dafs sich, wenn auch nur wenige mononukleäre Zellen, schon in dem allerersten Stadium der Blennorrhoe finden.

Es sind diese mononukleären Elemente und wie P. auf farbenanalytischem Wege eruiert hat, sowohl grofse mononukleäre Leukocyten wie Lymphocyten. Letzterer wird bekanntlich von Ehrlich Emigrationsfähigkeit auf chemotaktische Reize hin abgesprochen. Aufserdem fand P., dafs im Eiter sogenannte grofse Lymphocyten vorkommen, welche sich im normalen Blut nicht finden, sondern nur bei akuten Lymphämien, Malaria etc. Aus alledem schliefst er, dafs wir es hier mit

histiogenen Elementen zu thun haben, und daſs die Bindegewebszelle, zur Proliferation geneigt, ein anaplastisches embryonales Indifferenzstadium durchmacht, in welchem sich die entstehende runde Granulationszelle morphologisch und tinktoriell in nichts von dem hämatogenen Lymphocyten unterscheidet.

Von Färbungen hat Verfasser vor allem eine von EHRLICH in seiner Anämie empfohlene, von ihm aber wirklich auch ausgeführte und in die Histologie eingeführte Methode angewendet, welche, wie ich mich an verschiedenen vom Autor vorgelegten Präparaten überzeugen konnte, in der That ein ausgezeichnetes Reagens auf basophile ungranulierte Lymphocyten und Leukocyten zu sein scheint; sie besteht aus einer konzentrischen wässerigen Lösung von 2—4 Teilen Methylgrün, 1—2 Teilen Pyronin, also zweier basischer Farbstoffe. Hierbei werden alle Kerne mehr weniger grün gefärbt, die Gonokokken, welche kein Methylgrün aufnehmen, werden rot, desgleichen die Lymphocytenleiber. Das oxyphile Plasma der anderen Zellen ist ungefärbt, so daſs die Lymphocyten dem Beschauer sofort auffallen. Die Färbung ist eine chemisch-elektive im Sinne EHRLICHS und ist von einem jeden mit Leichtigkeit auszuführen; da sie stets konstante Ergebnisse liefert. Die Farbstoffe sind bei Grübler erhältlich.

Ernst Delbanco-Hamburg.

Verschiedenes.

Die soziale Bedeutung der Hautkrankheiten, von O. v. PETERSEN. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1901. No. 9.) Den Inhalt des sehr lesenswerten Aufsatzes giebt der Verfasser in folgenden Schluſssätzen wieder:

1. Die Anzahl der Hautkranken in Rufsland ist eine bedeutende, wobei fast die Hälfte derselben an lokalen Hautinfektionskrankheiten leidet, die unschwer der Behandlung weichen.

2. Die Verbreitung hygienischer Begriffe kann bedeutend zur Verminderung der Zahl der Hautkranken beitragen.

3. Die Verbreitung der Hautinfektionskrankheiten hängt von dem Grade der Kultur der Bevölkerung ab.

4. Eine sehr wichtige Rolle bei der Bekämpfung der Hautinfektionskrankheiten spielen die russischen Badestuben, die gegenwärtig jedoch vielfach in ungenügendem Zustande sind, daher wäre es durchaus notwendig, billige oder unentgeltliche Volksbadestuben, die mit allen Mitteln der modernen Hygiene ausgerüstet sind, zu gründen.

A. Loewald-Cassel.

Ein Fall von Coma durch Auflegen von Karbolkompressen auf die unverletzte Haut, von D. DOUGLAS-CRAWFORD-Liverpool. (*Lancet.* 6. April 1901.) Bei einem vierjährigen Mädchen wurden behufs Vornahme einer Osteotomie ein paar Stunden lang die Beine von der Ferse bis zur Mitte des Oberschenkels mit Kompressen, die in 2½ %iger Karbollösung getränkt waren, bedeckt gelassen. Die Haut war vorher durch ein Bad und Abreiben mit Terpentin gereinigt worden. Das Kind wurde komatös; Puls 180, Karbolurie, doch endete die Störung mit Genesung. Die Haut war nach Abnahme der Kompressen völlig intakt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXXIII. No. 4. 15. August 1901.

Aus der bakteriologischen Abteilung (Dr. Gerlach) des Institutes für Chemie und Hygiene von Prof. Meineke u. Gen. in Wiesbaden.

Experimentelle Untersuchungen über die Ätiologie des Ekzems.

Von

Dr. E. Bender, Dr. M. Bockhart und Dr. V. Gerlach
in Wiesbaden.

Wir haben versucht, durch eine Reihe von Impfexperimenten einen Beitrag zu liefern zur Kenntnis der Beziehungen zwischen den gelben und weifsen Eiterkokken und dem Ekzem. Zu diesem Zwecke haben wir mit Reinkulturen dieser Kokken und auch mit Kulturfiltraten, die das Staphylokokkentoxin enthalten, experimentelle Impfungen auf die menschliche Haut ausgeführt. Unsere Staphylokokkenreinkulturen stammten nicht aus ekzemkranker Haut, sondern aus dem Eiter von Furunkeln und von Pusteln der Impetigo staphylogenes (s. simplex). Staphylokokkenreinkulturen aus ekzematösen Hautflächen haben wir mit Absicht und aus Gründen, die wir am Schlusse dieser Arbeit noch erörtern werden, nicht benutzt. Wir haben auch nicht versucht, aus der ekzemkranken Haut die möglicherweise thatsächlich existierenden Ekzemmikrobien zu isolieren, zu züchten und mit ihren Reinkulturen Impfexperimente anzustellen. Wir wollen deshalb hier sogleich bemerken, dafs die Resultate unserer Experimente die Frage, ob es spezifische Ekzemorganismen giebt, oder ob es solche nicht giebt, überhaupt nicht berührt. Wir liefern, wie gesagt, durch unsere Experimente nur einen Beitrag zur Kenntnis der Beziehungen, die zwischen dem Staphylococcus pyogenes aureus und albus und dem Ekzem bestehen.

Wenn man auf der menschlichen Haut mit Reinkulturen der pyogenen Staphylokokken Impfversuche anstellt, mufs man die Wirkung der Staphylokokken selbst, oder vielmehr des in den lebenden Staphylokokkenleibern enthaltenen Giftes von der Wirkung des Staphylokokkentoxins unterscheiden. Wir

bezeichnen in dieser Arbeit nach dem Vorgange von v. LINGELSHEIM[1] mit dem Worte Staphylokokkentoxin das in den Filtraten von Bouillonkulturen enthaltene Staphylokokkengift. Dieses heftig wirkende Toxin ist nach den Untersuchungen von v. LINGELSHEIM wahrscheinlich ein Stoffwechselprodukt, ein Sekretionsprodukt der Staphylokokken. Es besteht, wie es scheint, aus einem Gemenge verschiedener Giftstoffe; einen davon, das Leukocidin, hat VAN DE VELDE,[2] einen anderen, das Hämolysin, hat KRAUS[3] näher untersucht. Wir haben zu unseren Impfungen das in den Kulturfiltraten enthaltene Gemenge, das wir Staphylokokkentoxin nennen wollen, benutzt.

Verwendet man zu solchen Impfungen auf die menschliche Haut Bouillonkulturen, dann erhält man als Resultat die Wirkung der Staphylokokken und die Wirkung des in der Bouillon enthaltenen Staphylokokkentoxins. Da man nun a priori annehmen muſs, daſs auf der menschlichen Haut Staphylokokken für sich allein eine andere Wirkung entfalten werden als das Staphylokokkentoxin, so ist es klar, daſs man auch beides, die Kokken und das Toxin getrennt einimpfen muſs, um genaue Resultate zu erhalten. Von diesen Erwägungen gingen wir bei unseren Impfversuchen aus. Wir haben deshalb vier verschiedene Reihen von Impfexperimenten angestellt. Nämlich:

I. Impfungen mit Agarreinkulturen. Die auf dem Agarnährboden gewachsenen Staphylokokkenkulturen enthalten, wie man wohl annehmen kann, wenig Staphylokokkentoxin. Impfungen mit solchem Impfmaterial sind schon von mehreren Untersuchern ausgeführt und beschrieben worden, darunter auch von einem von uns.[4] Gleichwohl haben wir diese Versuche der Vollständigkeit und Kontrolle wegen nochmals wiederholt.

II. Impfungen mit reinen Staphylokokkenleibern, die aus Bouillonkulturen isoliert wurden und denen kein Staphylokokkentoxin mehr beigemischt war.

III. Impfungen mit Staphylokokkentoxin, d. h. mit den Filtraten von Bouillonkulturen. Diese Kulturfiltrate enthielten keine Staphylokokken mehr, wohl aber enthielten sie das Staphylokokkentoxin.

IV. Impfungen mit Bouillonkulturen. Also Impfungen mit einem Gemisch von zwei Giften, nämlich mit Staphylokokken plus Staphylokokkentoxin. Derartige Impfungen sind ebenfalls schon ausgeführt worden,

---

[1] v. LINGELSHEIM, Ätiologie und Therapie der Staphylokokkeninfektion. 1900.

[2] VAN DE VELDE, Etude sur le mécanisme de la virulence du staphylocoque pyogène. La Cellule T X f. 2. 1894.

[3] KRAUS, Über Hämolysine und Antihämolysine. *Wien. klin. Wochenschr.* 1900. Np. 3.

[4] BOCKHART, Über die Ätiologie und Therapie der Impetigo, des Furunkels und der Sykosis. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1887.

so von Scholtz und Raab[5] und von Kreibich.[6] Auch diese Impfversuche haben wir der Vollständigkeit wegen wiederholt.

Die Technik unserer Impfungen war folgende: Geimpft wurde auf den Oberarm oder Vorderarm. Die zu impfende Hautstelle wurde in der Regel vorher gereizt. Wir wußten von früheren Impfungen aus dem Jahre 1887 her,[7] daß Staphylokokken auf der normalen ungereizten Haut fast nie Entzündung hervorrufen. Wir haben daher auch diesmal vor jeder Impfung die zu impfende Hautstelle irritiert und ihr Epithel lädiert. Das geschah entweder durch vorsichtiges Abschaben der Haut mit einem Skalpell oder durch 24stündiges Auflegen von Heftpflaster und nachfolgende kräftige Waschung mit Seifenspiritus oder mit scharfer Seife. Einige Male wurde die zu impfende Hautstelle absichtlich wenig oder gar nicht gereizt. Das wird bei der Beschreibung der Impfversuche jedesmal besonders bemerkt werden.

Die Agarkulturen und die Kokkenleiber — gewöhnlich zwei bis drei Platinösen voll — wurden mit einem Glasstab kräftig in die Haut eingerieben. Dann wurde die geimpfte Stelle mit einem trockenen Stückchen Mull bedeckt und mit Heftpflaster oder Unnaschem Zinkpflastermull oder mit Mullbinden verbunden. Mit den Bouillonkulturen und den Kulturfiltraten wurde geimpft, indem mit ihnen 6—7 cm lange und 5 cm breite Stückchen Mull getränkt und diese auf die zu impfende Stelle aufgelegt wurden. Über die so durchtränkten Mullstückchen kam — wie bei einem feuchtwarmen Verband — ein Stück Guttaperchapapier und darüber eine Mullbinde oder Pflaster. Diese Impfverbände blieben jedesmal 18 bis 24 Stunden lang liegen und wurden dann entfernt.

Unsere Kulturfiltrate wurden hergestellt, indem Bouillonkulturen durch Thonfilter filtriert wurden. Die Filtration durch diese Filter gelang in jedem Falle vorzüglich gut. Die Kulturfiltrate waren immer absolut steril.

Als Impfobjekte dienten wir drei selbst. Zwei von uns, Bockhart und Gerlach, haben zarte, leicht reizbare und zu Ekzembildung geneigte Haut. Beide hatten schon früher an leichten Formen von Ekzem gelitten. Zur Zeit der Versuche hatte einer von uns (Bockhart) eine kleine ekzemkranke Stelle auf der Innenseite des rechten Vorderarmes. Der dritte von uns (Bender) hat eine derbe, nicht zu Ekzem geneigte Haut; er hat auch nie vorher an Ekzem gelitten.

Zugleich mit unseren eigentlichen Impfversuchen haben wir natürlich auch Kontrollversuche mit einfachen, feuchten Verbänden und mit steriler Nährbouillon angestellt. Da wir Kulturfiltrate und Bouillonkulturen in

---

[5] Sur la nature parasitaire de l'eczéma et de l'impetigo contagiosa. *Ann. de Derm. et de Syph.* 1900. No. 4.

[6] Zur Eiterung der Haut. Festschrift f. M. Kaposi. 1900.

[7] Bockhart, s. ob.

Form von feuchten Verbänden auf unsere Haut wirken liefsen, mufsten wir gleichzeitig auch erfahren, wie destilliertes Wasser und wie sterile Nährlösungen, in derselben Form auf unsere Haut gebracht, wirken würden. Zu diesem Zwecke haben Be.[8] und Bo.[9] je drei Verbände getragen, und zwar einen einfachen Wasserverband (feuchtwarmen Verband), einen Verband mit gewöhnlicher steriler Nährbouillon und einen Verband mit Fränkelscher Nährlösung. Ge.[10] trug einen Verband mit steriler Nährbouillon. Jeder dieser sieben Verbände blieb 24 Stunden lang liegen. Die mit diesen Verbänden bedeckte Haut war natürlich vorher in derselben Weise gereizt worden wie bei den eigentlichen Impfungen. Das Resultat dieser sieben Versuche war durchaus negativ: In keinem Falle war durch irgend einen dieser Verbände die Haut auch nur im geringsten alteriert worden; jedesmal erwies sie sich nach Abnahme des Verbandes normal. Wir haben also durch die Kontrollversuche gefunden, dafs Wasser bezw. feuchte Wärme und sterile Nährbouillon unsere Haut in keiner Weise verändert. Bei unseren eigentlichen Impfversuchen brauchten wir daher mit Nebenwirkungen der Nährbouillon und der feuchten Wärme an sich nicht zu rechnen. Die positiven Resultate unserer Impfexperimente mit Bouillonkulturen und mit Kulturfiltraten waren also nur auf die Staphylokokken und ihr Toxin zurückzuführen.

Die erste Reihe unserer Impfversuche umfafste die Impfungen mit Agarreinkulturen des Staphylococcus pyogenes aureus und albus. Es wurden sieben Impfversuche ausgeführt; No. 1—5 mit Reinkulturen des Staphylococcus pyogenes albus, No. 6 u. 7 mit Reinkulturen des Staphylococcus pyogenes aureus. Die Reinkulturen stammten alle, ausgenommen No. 5, aus Furunkeleiter und waren in achter Generation auf Agarnährboden gezüchtet worden. Für jede Impfung wurde vorsichtig nur die oberste Schicht der Strichkultur mit der Platinöse abgenommen.

1. Be. Impfung am 19. IV. 01. auf den linken Vorderarm. Nach 24 Stunden, am 20. IV. zahlreiche Eiterpusteln — typische Pusteln der Impetigo staphylogenes — teils von der Gröfse eines Stecknadelkopfes, teils miliare Pusteln. Am 21. und 22. IV. entstehen noch einige neue Impetigopusteln. Später schlofs sich an eine Anzahl dieser Pusteln Follikulitis an. Am 3. V. waren alle Pusteln nach vorausgegangener Eintrocknung abgeheilt.

2. Be. Impfung am 20. IV. auf den rechten Vorderarm. Die Impfstelle wurde vor der Impfung absichtlich wenig gereizt. Am 21. IV. acht typische miliare Pusteln der Impetigo staphylogenes. Am 22. IV. noch sieben neue Pusteln. Heilung nach acht Tagen.

---

[8] Bender.
[9] Bockhart.
[10] Gerlach.

3. Ge. Impfung am 22. IV. auf den linken Vorderarm. Keine Irritation der Impfstelle vor der Impfung. Resultatlos.

4. Bo. Impfung am 23. IV. Linker Vorderarm. Am 24. IV. zwei Dutzend typische Pusteln der Impetigo staphylogenes. Einige Pusteln haben die Gröfse eines Stecknadelkopfes, einige die einer Linse, andere sind miliare Pusteln. Am 25. IV. entstehen noch einige neue Pusteln. Später schliefst sich an eine Anzahl dieser Pusteln (etwa an die Hälfte) Follikulitis an. Heilung durch langsames Eintrocken der Pusteln nach 14 Tagen.

5. Ge. Impfung am 24. IV. Linker Vorderarm. Die zur Impfung verwandte Reinkultur von Staphylococcus pyogenes albus stammt aus einer Impetigopustel des Versuches No. 2. Am 25. IV. 30 typische miliare Pusteln der Impetigo staphylogenes, zu denen am 26. IV. noch 15 neue hinzukamen. Später schlofs sich an eine Anzahl dieser Pusteln Follikulitis an.

Diese Impfungen 1—5 geschahen mit Reinkulturen von Staphylococcus pyogenes albus. Einige Impfbläschen wurden mikroskopisch und kulturell untersucht: jedesmal fand sich in ihnen aufser Leukocyten nur der Staphylococcus pyogenes albus.

6. Be. Impfung am 23. IV. Linker Oberarm. Die Impfstelle wird vor der Impfung nicht gereizt. Impfung mit Reinkultur von Staphylococcus pyogenes aureus. Erfolglos.

7. Be. Impfung am 24. IV. Rechter Oberarm. Impfung mit Reinkultur von Staphylococcus pyogenes aureus. Am 25. IV. zahlreiche typische, miliare, stecknadelkopfgrofse und linsengrofse Pusteln der Impetigo staphylogenes. An einen Teil dieser Pusteln schlofs sich später Follikulitis an. Heilung nach acht Tagen.

Bei den Versuchen 1, 4, 5, 7 hat die Impfung ein gutes Resultat gehabt. Hier fand vor der Impfung eine mäfsig starke Alteration der Haut, des Epithels, statt, wie wir sie früher beschrieben haben. Die Impfung No. 2 ergab ein schwaches Resultat. Hier ging der Impfung eine nur geringfügige Irritation der Haut vorher. Die Impfungen 3 und 6 hatten keinen Erfolg; hier war jede Alteration des Epithels vor der Impfung unterblieben.

Das Resultat unserer fünf positiven Impfversuche war jedesmal die Erzeugung typischer Pusteln der Impetigo staphylogenes. Aber in keinem Falle sahen wir nach diesen Impfungen eine Ekzempapel oder ein mit klarem Serum gefülltes Bläschen entstehen, überhaupt nichts was an Ekzem erinnerte, auch sonst nichts krankhaftes als die typischen Impetigopusteln. Wir erhielten dasselbe Resultat wie bei früheren Impfversuchen im Jahre 1887.[11] Wir halten es daher für zweifellos sicher, dafs durch Ein-

[11] Bockhart l. c.

Impfung von virulenten Agarkulturen des Staphylococcus pyogenes aureus und albus auf die irritierte menschliche Haut niemals Ekzem entsteht. Durch solche Impfungen können Impetigo staphylogenes, Follikulitis, Furunkeln und Abscesse entstehen, aber nie Ekzem.

Die Pusteln unserer Impfimpetigo saſsen meistens an der Mündung der Follikel oder vielmehr rings um die Follikelmündung. Hier, am Haarbalgtrichter, ist ihr Prädilektionsort. Andere Pusteln hatten jedoch keinen Zusammenhang mit Follikeln. Die Pusteln unserer fünf Fälle von staphylogener Impfimpetigo heilten ohne schwere Komplikation. An eine Anzahl derjenigen Pusteln, die rings um die Mündung von Follikeln saſsen, schloſs sich, wie das ja häufig vorkommt, eine sekundäre Follikulitis an.[12]

Die zweite Reihe unserer Impfversuche bildeten zwei Impfungen mit Staphylokokkenleibern, die aus Bouillonkulturen isoliert worden waren. Die Isolierung der Staphylokokkenleiber geschah folgendermaſsen: Durch ein zu diesem Zwecke besonders konstruiertes steriles, gehärtetes Filter

---

[12] Wir haben die Bezeichnung Impetigo staphylogenes nach dem Vorgange Unnas beibehalten. In der jüngsten Zeit hat Sabouraud zur Bezeichnung dieser Impetigo den Namen Porofollikulitis oder Folliculite pustuleuse orificielle gewählt (La pratique dermatologique, tome II). Wir stimmen Sabouraud bei, wenn er meint, der Name Impetigo staphylogenes könne gegenüber dem Namen einer anderen Hautkrankheit, der Impetigo vulgaris s. contagiosa Konfusion hervorrufen. Allein die Bezeichnung Folliculite pustuleuse orificielle halten wir für noch weniger zweckmäſsig. Sie ist nämlich einerseits nicht umfassend genug und andererseits entspricht sie nicht dem Wesen der Impetigo staphylogenes. Die Sabouraudsche Bezeichnung paſst nicht für diejenigen Impetigopusteln, die nicht an der Mündung eines Follikels sitzen. Solche Impetigopusteln sind zwar relativ selten, aber sie kommen doch vor, nicht nur bei Impfversuchen, wenn man vor der Impfung das Epithel stark alteriert, sondern auch auf der Haut des Patienten bei der Kratzimpetigo. Solche Impetigopusteln hat einer von uns früher schon beschrieben und histologisch untersucht (Bockhart 1887 l. c.); auch Unna hat sie beschrieben und histologisch untersucht und abgebildet (*Histopathologie der Hautkrankheiten* 1894; *Histolog. Atlas z. Pathol. d. Haut* 1897, Heft I; Einwanderungswege der Staphylokokken in die menschlicke Haut, in *Arbeiten aus Unnas Klinik* 1897). Für diese Impetigopusteln, die gar keine Beziehung zu Follikeln haben, paſst die Sabouraudsche Bezeichnung nicht. Aber sie trifft auch nicht das Wesen der Impetigo staphylogenes. Die Pustel der Impetigo staphylogenes ist ein primärer Oberhautabsceſs, „eine", wie Unna sich treffend ausdrückt, „unter der Hornschicht zwischen dieser und der intakten Stachelschicht eingelagerte linsenförmige Eitermasse, nichts weiter." Dieser Oberhautabsceſs kann überall in der Oberhaut sitzen und hat zunächst mit dem Follikel selbst nichts zu thun, auch wenn er rings um die Mündung des Follikels sitzt. Hier ist allerdings sein Prädilektionssitz; von hier aus pflanzt sich häufig die Staphylokokkenentzündung später in den Follikel hinein fort und so folgt ihm eine Follikulitis nach. Aber das letztere geschieht nicht regelmäſsig. Man kann manchmal Impetigopusteln beobachten, die an der Follikelmündung sitzen, eintrocknen und abheilen, ohne daſs ihnen Follikulitis nachfolgte. Die nachfolgende Follikulitis ist eine sekundäre Affektion und hat trotz ihrer Häufigkeit mit dem Wesen der staphylogenen Impetigopustel nichts zu thun. Die Sabouraudsche Bezeichnung muſs den Irrtum hervorrufen, als ob die Impetigo staphylogenes überhaupt und jedesmal und von vornherein eine Follikulitis sei. Aus diesen Gründen halten wir den von Sabouraud gewählten Namen nicht für zweckmäſsig und möchten vorderhand an der besseren Bezeichnung Unnas festhalten.

wurden Bouillonkulturen filtriert. Die auf dem Filter zurückgebliebenen Kokken wurden mit destilliertem Wasser sorgfältig ausgewaschen. Auf diese Weise erhielten wir Staphylokokkenleiber, die sicherlich nicht mehr mit Staphylokokkentoxin vermengt waren. Die so isolierten und ausgewaschenen Staphylokokken bildeten auf dem Filter eine zähe Masse.

1. Ge. Impfung am 24. V. auf den rechten Oberarm. Die zu impfende Hautstelle war vor der Impfung absichtlich nicht gereizt worden. Die isolierten Staphylokokkenleiber aus einer Bouillonkultur des Staphylococcus pyogenes albus wurden samt dem Filter auf die Haut gebracht. Darüber kam ein Verband. Diese Impfung blieb erfolglos.

2. Ge. Impfung auf den linken Oberarm am 22. VI. Die Impfstelle wurde vor der Impfung mäßig stark irritiert. Geimpft wurde mit den aus einer Bouillonkultur des Staphylococcus pyogenes aureus stammenden isolierten Staphylokokkenleibern. Von der ganzen Menge der Staphylokokkenleiber wurden zwei Platinösen voll auf der Haut verrieben. Am 23. VI.: ein Dutzend typische miliare Pusteln der Impetigo staphylogenes. Am 24. VI. und am 25. VI. entstanden noch ein Dutzend Impetigopusteln, darunter einige stecknadelkopfgroße. Hierauf trat allmähliche Heilung ein.

Das Resultat dieser beiden Impfversuche fiel so aus, wie wir es von vornherein erwartet hatten: auf der nicht gereizten Haut blieb die Impfung erfolglos, auf der gereizten Haut entwickelten sich typische Pusteln der Impetigo staphylogenes, aber sonst nichts, keine Spur von Ekzem. Die Impfung mit isolierten Staphylokokkenleibern ergab dasselbe Resultat, wie die Impfung mit Agarkulturen der Staphylokokken. Also: isolierte virulente Staphylokokkenleiber, denen kein Staphylokokkentoxin mehr beigemengt ist, machen, auf die irritierte Haut geimpft, Impetigo staphylogenes aber nicht Ekzem.

Die dritte Reihe unserer Impfversuche war, wie sich schließlich herausstellte, die wichtigste und ergab ein überraschendes Resultat. Zu dieser Reihe gehören die Impfungen mit Kulturfiltraten, d. h. mit den Filtraten von Bouillonkulturen des Staphylococcus pyogenes albus, die das Staphylokokkentoxin enthalten.

1. Bo. Impfung auf den linken Oberarm am 11. V. Die Impfstelle wurde vorher absichtlich nicht gereizt. Die Impfstelle wurde mit einem 10 cm langen und 5 cm breiten Stück Mull verbunden, das reichlich mit dem Filtrat einer Bouillonkultur des Staphylococcus pyogenes albus durchtränkt war. Über das mit Kulturfiltrat durchtränkte Stück Mull kam Guttaperchapapier und darüber einige Streifen Heftpflaster. Zehn Stunden nach der Impfung entstand auf der geimpften Haut ein so heftiges Jucken, daß häufiges Kratzen nicht unterdrückt werden konnte. 24 Stunden nach der Impfung wurde der Verband abgenommen, am 12. V. Da zeigte

sich die Haut im ganzen Bereich der geimpften (10 cm langen und 5 cm breiten) Hautstelle stark und gleichmäfsig gerötet und leicht geschwollen, ferner übersät mit aufserordentlich vielen stecknadelkopfgrofsen, derben, roten Knötchen. Diese Knötchen bedeckten die geimpfte Hautfläche nicht gleichmäfsig, sondern sie bildeten unregelmäfsige, ungleich grofse Gruppen. Aber überall standen die Knötchen dicht beisammen. Die Zahl der Knötchen war so grofs, dafs auf der geimpften Hautstelle die Fläche der nicht mit Knötchen bedeckten Haut verschwindend klein war. Die Knötchen juckten nach der Abnahme des Verbandes so heftig, dafs das Kratzen nicht vermieden werden konnte. Sogleich nach dem ersten Kratzen kam aus den meisten Knötchen ein ganz kleines Tröpfchen klaren Serums heraus. Dieses Serum trocknete rasch zu bräunlichgelben Krüstchen ein. Auf der ganzen geimpften Hautfläche war aufser der Rötung, Schwellung, den Knötchen und Krüstchen nichts anderes krankhaftes, im besonderen keine Pustel, zu sehen. Am 12. V., in der Nacht vom 12. auf den 13. V. und am 13. V. juckte die ganze Impfstelle aufserordentlich stark. Das Jucken hielt auch später noch an und wurde allmählich seltener, hörte aber völlig erst auf, als die Hautkrankheit vollständig geheilt war. Vom 13. bis zum 20. V. entstanden in der Umgebung der Impfstelle spontan neue Knötchen und Knötchengruppen und zwar so viele, dafs am 20. V. die ganze kranke Hautfläche um die Hälfte gröfser war, als die ursprüngliche Impfstelle. Die neuen Knötchen hatten denselben Charakter wie die ursprünglichen Impfknötchen. Vom 21. V. an begann die Rückbildung der Hautkrankheit unter lebhafter Schuppenbildung. Dabei hatte die kranke Haut anfangs eine braunrote, zuletzt eine gelbliche Farbe. Erst am 16. VI. war diese Hautkrankheit verschwunden und die geimpfte Haut wieder normal.

Wir hatten hier ein echtes Ekzema papulosum vor uns.

Wir haben die Geschichte dieser Impfung ausführlich erzählt, weil sie die erste der Impfungen mit Kulturfiltraten war. Die folgenden Impfungen haben in Bezug auf ihr Resultat und den Verlauf der künstlich erzeugten Ekzeme viel Ähnlichkeit mit dieser ersten Impfung. Wir werden darum über die folgenden Impfungen kürzer berichten.

2. Bo. bekommt leicht Ekzema papulosum durch Berührung seiner Haut mit Terpentinöl. Um ein solches Terpentinölekzem mit seinem Kulturfiltratekzem zu vergleichen, rieb er am 13. V. mit Terpentinöl eine Hautfläche am rechten Oberarm ein, die ebensogrofs war wie die Impfstelle am linken Oberarm. Am 14. V. hatte sich auf der mit Terpentinöl eingeriebenen Stelle des linken Oberarmes ein heftiges Ekzema papulosum gebildet, das in jeder Beziehung dem Impfekzem auf dem linken Oberarm gleich war. Das Terpentinölekzem vergröfserte sich jedoch nicht in dem Mafse wie das Kulturfiltratekzem und heilte auch schneller. Das Terpentinöl-

ekzem war schon am 6. Juni verschwunden. Aber im übrigen war in Bezug auf den klinischen Verlauf zwischen dem Kulturfiltratekzem und dem Terpentinölekzem kein Unterschied zu bemerken.

3. Be. Impfung auf den linken Oberarm am 11. V. Die Impfstelle wurde vorher nicht gereizt. Art der Impfung wie bei Versuch 1. Der Verband bleibt 48 Stunden lang liegen, da am 12. V. unter dem Verband noch nicht Jucken oder Brennen zu fühlen war. Am 13. V. stellte sich heftiges Jucken ein. Daraufhin wurde der Verband an diesem Tage entfernt. Nun sah man auf der geimpften Haut zwei markstückgroſse Gruppen von zahlreichen ganz dicht aneinander stehenden Bläschen. Diese Bläschen waren sehr klein, meistens waren es miliare Bläschen, einige hatten die Gröſse eines Stecknadelkopfes. Der Inhalt der Bläschen war teils klares Serum, teils enthielten die Bläschen eine grauweiſse, serös-eitrige Flüssigkeit. Der Inhalt einiger Bläschen wurde mikroskopisch untersucht. Er bestand aus Serum, Leukocyten, Epithelzellen und Staphylokokken. Der Inhalt zweier Bläschen wurde kulturell untersucht: er enthielt den Staphylococcus pyogenes aureus in Reinkultur. (NB. Geimpft wurde mit dem Filtrate einer Bouillonkultur des Staphylococcus pyogenes albus.) Die Bläschen juckten heftig und entleerten nach dem Kratzen ein mehr oder weniger klares Serum; dabei wurden die beiden kranken Hautstellen zu nässenden Hautflächen. Die Sekretion hörte jedoch noch am nämlichen Tage auf und die kranken Hautflächen bedeckten sich mit bräunlichgelben Krusten. Neue Bläschen bildeten sich später nicht. Die kranke Hautfläche vergröſserte sich nicht. Vom 15. V. an bildete sich unter lebhafter Abschuppung und unter Jucken die Hautkrankheit zurück und war nach acht Tagen gänzlich verschwunden.

Wir hatten hier ein wahres Ekzema vesiculosum vor uns.

4. Ge. Impfung am 17. V. auf den linken Vorderarm. Die Impfstelle wurde vor der Impfung sterilisiert durch Desinfektion mit Sublimat und Alkohol. Am 18. V. entstand starkes Jucken. An diesem Tage wurde der Impfverband abgenommen. Nach Abnahme des Verbandes zeigte sich, daſs die ganze 10 cm lange und 5 cm breite Impfstelle genau so wie bei Versuch 1 von einem heftigen papulösen Ekzem bedeckt war. Bläschen und Pusteln waren — wie bei Versuch 1 — nicht vorhanden. Das Jucken war sehr heftig. Nach dem Kratzen sickerte aus den meisten Knötchen seröse Flüssigkeit aus, die sich später in bräunlich-gelbe Krüstchen verwandelte. In der Zeit vom 19. bis 21. V. breitete sich das Ekzem soweit nach unten hin aus, daſs schlieſslich die ekzemkranke Fläche mehr als doppelt so groſs war wie die ursprüngliche geimpfte Hautfläche. Die Ausbreitung geschah nicht nur durch neu hinzugekommene Knötchen, sondern auch durch neu hinzugetretene Vesikeln. Auf diese Weise hatte sich das ursprüngliche papulöse Impfekzem, indem es peripherisch weiter-

ging, am Rande spontan in ein papulös-vesikulöses Ekzem verwandelt. Die Zahl der spontan entstandenen Bläschen war jedoch nicht sehr groß; sie verhielt sich zur Zahl der spontan entstandenen Knötchen etwa wie 1 : 10. Vom 22. V. an bildete sich das Ekzem zurück; es trat Abschuppung ein, während die kranke Haut sich gelblich färbte. Nach acht Tagen war das Ekzem verschwunden.

Wir hatten hier ein Ekzema papulosum vor uns das sich später spontan in ein Ekzema papulo-vesiculosum verwandelte.

5. Be. Impfung auf den linken Vorderarm am 17. V. Die Impfstelle wurde vor der Impfung durch Schaben mit einem Skalpell irritiert. Am 18. V. — nach 20 Stunden — hatte sich auf der Impfstelle ein papulös-vesikulöses Ekzem gebildet. Es war ein recht heftiges Ekzem. Die Knötchen und Bläschen waren sehr zahlreich und bildeten mehrere größere und kleinere Gruppen. Es waren ungefähr ebensoviel Knötchen wie Bläschen vorhanden; sie standen regellos unter einander. Das Jucken war sehr stark. Das Ekzem näßte nach Kratzen. Die ausgesickerte seröse Flüssigkeit bildete später Krusten, wie bei den früheren Versuchen. Die Knötchen waren stecknadelkopfgroß oder kleiner. Die Bläschen waren sehr klein, meistens waren es miliare Bläschen. Die meisten Bläschen waren mit klarem Serum gefüllt, der Inhalt der anderen Bläschen war weißlich getrübt. Der Inhalt von zwei mit klarem Serum gefüllten Bläschen wurde auf die Anwesenheit von Bakterien hin untersucht. Diese Bläschen erwiesen sich als vollständig steril. Die mit weißlich getrübtem Serum gefüllten Bläschen enthielten, soweit sie untersucht wurden — ebenfalls zwei Bläschen — Fibrin, Leukocyten und den Staphylococcus pyogenes albus in Reinkultur. Die Anzahl der Leukocyten und Stophylokokken in diesen letzteren Bläschen war gering.

Dieses Ekzem verlief wie die übrigen Impfekzeme. Am 19. und 20. V. entstanden an der Peripherie der kranken Haut noch neue Knötchen und Bläschen spontan. Vom 21. V. an begann unter Schuppung und fortdauerndem Jucken die Rückbildung des Ekzems. Am 26. V. war das Ekzem verschwunden.

Wir hatten hier ein Ekzema-papulo-vesiculosum vor uns. Bemerkenswert war hier der Nachweis, daß 20 Stunden nach der Impfung primäre, mit klarem Serum gefüllte Ekzembläschen noch steril waren, daß aber Ekzembläschen, die bereits mit weißlich getrübtem Inhalt gefüllt waren, Staphylokokken enthielten.

6. Bo. Impfung auf den rechten Vorderarm am 13. V. Die ganze Streckseite des rechten Vorderarms wurde kräftig eingerieben mit Filtrat von Bouillonkultur des Staphylococcus pyogenes albus. Außerdem wurde eine etwa markstückgroße ekzemkranke Hautstelle auf der Innenseite des

rechten Vorderarmes mit dem Kulturfiltrat kräftig eingerieben. Diese ekzemkranke Hautstelle war im Februar, vor Beginn dieser Versuche als leichtes papulöses Ekzem entstanden und war jetzt im Heilen begriffen. Sie war noch leicht gerötet und von wenigen Schüppchen bedeckt. Die Impfung fand statt abends um 6 Uhr. Die geimpften Hautstellen wurden diesmal nicht verbunden. Das Kulturfiltrat trocknete an der Luft auf der geimpften Haut ein. Um 10 Uhr abends — also nach vier Stunden — war plötzlich die Streckseite des rechten Vorderarms mit 30 linsengroßen, lebhaft roten Flecken bedeckt, die heftig brannten. Alle diese roten Flecken saßen rings um Follikelmündungen herum. Zur gleichen Zeit waren auf der ekzemkranken Hautstelle 18 derbe, rote, stecknadelkopfgroße Knötchen aufgeschossen, die außerordentlich stark juckten. Sie standen dicht beisammen. Die Haut zwischen den Knötchen war geschwollen und entzündet. Nach dem Kratzen sickerte aus allen Knötchen eine klare seröse Flüssigkeit aus, die rasch zu bräunlich-gelben, ganz kleinen Krüstchen eintrocknete. Die roten Flecken verschwanden noch im Laufe der Nacht. Die Knötchen auf der alten Ekzemstelle verschwanden im Laufe des 14. V. Ein wenig entzündet aber blieb die ekzemkranke Hautstelle noch vier Tage lang.

Hier hatten wir es zu thun mit einer flüchtigen erythematösen Entzündung um die Follikelmündungen herum und mit einem rasch verlaufenden papulösen Ekzem auf schon vorher entzündeter Haut.

Zu allen den bisher beschriebenen Kulturfiltratversuchen benutzten wir als Impfmaterial die Filtrate alter Bouillonkulturen des Staphylococcus pyogenese albus. Das Staphylokokkentoxin scheint um so giftiger zu sein, aus je älteren Bouillonkulturen es stammt. Wenigstens giebt VAN DE VELDE[18] an, das Leukocidin sei in alten Bouillonkulturen wirksamer als in jungen. Wir haben auch einen Versuch mit dem Filtrate einer jungen, nur vier Tage alten Bouillonkultur von Staphylococcus pyogenes aureus angestellt:

Ge. impfte sich zu diesem Zweck mit einem solchen Kulturfiltrat am 4. VI. auf den linken Oberarm. Dieser Versuch blieb jedoch, wie wir auch erwartet hatten, gänzlich resultatlos.

Dies sind unsere Versuche mit Kulturfiltraten von Staphylokokken. Wir wollen hier noch bemerken, daß keines unserer künstlich erzeugten Ekzeme behandelt wurde. Alle sechs blieben ohne jede Behandlung.

Nachdem wir einmal gefunden hatten, daß man durch die Filtrate von Bouillonkulturen der Staphylokokken Ekzem erzeugen kann, lag der Gedanke nahe, auch die Filtrate von Bouillonkulturen anderer Bakterien auf ihre möglicherweise vorhandene ekzemerregende Eigenschaft hin zu

[18] l. c.

prüfen. Wir stellten denn auch Versuche an mit den Filtraten der Bouillonkulturen von Bacterium coli und von Bacillus pyocyaneus. Wir drei impften uns am 7. VI. auf den linken Arm mit Kulturfiltrat von Bacillus pyocyaneus, auf den rechten Arm mit Kulturfiltrat von Bacterium coli. Merkwürdigerweise war das Resultat aller sechs Versuche das gleiche: durch beide Arten von Kulturfiltraten war bei jedem von uns am 8. VI. eine heftige, zirkumskripte Dermatitis mit ödematöser Schwellung der Haut entstanden. Nirgends hatte sich ein Knötchen, ein Bläschen oder eine Pustel gebildet. Diese Impfdermatitis verursachte ziemlich starkes Brennen. Sie heilte ohne jede Behandlung unter leichter Schuppung nach zwei Tagen. Weitere Versuche nach dieser Richtung hin haben wir, da sie uns aussichtslos schienen, nicht angestellt.

Aus unseren Kulturfiltrat-Versuchen können wir folgende Schlüsse ziehen:

Die Filtrate alter Bouillonkulturen von Staphylokokken sind für die menschliche Haut giftig.

Solche Kulturfiltrate können auf der irritierten oder nicht irritierten, desinfizierten oder nicht desinfizierten menschlichen Haut typisches, akutes, papulöses oder vesikulöses Ekzem hervorrufen, wenn sie in Form von feuchtwarmen Verbänden 20 bis 48 Stunden lang auf die Haut einwirken.

Die durch solche Kulturfiltrate hervorgerufenen akuten Ekzeme sind nicht leichte oder flüchtige Ekzeme, sondern sie sind typische, wahre, manchmal recht heftige Ekzeme, die sich nach der Impfung spontan weiter verbreiten können und die manchmal eine relativ lange Dauer haben.

Das primäre, junge Ekzembläschen solcher akuten Kulturfiltrat-Ekzeme ist steril. Die älteren, mit serös-eitrigem Inhalt gefüllten Bläschen dieser Ekzeme können den Staphylococcus pyogenes aureus oder albus in Reinkultur enthalten.

Solche Kulturfiltrat-Ekzeme sind in Bezug auf ihre Symptome und ihren Verlauf ganz gleich den durch chemisch reizende Agentien (z. B. durch Terpentinöl) entstandenen arteficiellen Ekzemen.

Die IV. Reihe unserer Impfversuche umfaßte die Impfungen mit Bouillonkulturen des Staphylococcus pyogenes albus. Wir wählten mit Absicht zu diesen Versuchen nicht Bouillonkulturen des Staphylococcus pyogenes aureus, sondern solche des albus, weil wir durch diese Experimente gleichzeitig erfahren wollten, ob es möglich sei, nach Impfungen mit Bouillonkulturen des Staphylococcus albus dieselben guten Resultate zu erzielen, wie sie Scholtz und Raab durch Impfungen mit Bouillonkulturen des Staphylococcus aureus erhalten hatten.

1. Be. Impfung am 10. IV. mit ca. 4 ccm Bouillonreinkultur des Staphylococcus pyogenes albus auf den linken Oberarm. Die Impfstelle wurde vorher irritiert, d. h. ihr Epithel wurde alteriert in der früher beschriebenen Weise mit Heftpflaster und Seifenwaschung. Mit der Bouillonkultur wurde ein Stückchen Mull getränkt und damit die Impfstelle verbunden, in der früher angegebenen Weise. In der Nacht vom 10. auf 11. IV. entstand sehr heftiges Jucken an der Impfstelle. Am 11. IV. zeigte sich nach der Abnahme des Verbandes, dafs die geimpfte Hautstelle mit einem heftigen papulös-vesikulösen Ekzem bedeckt war. Wir zählten ungefähr 100 miliare und stecknadelkopfgrofse Bläschen, die teils klares Serum enthielten, teils von einem weifslich getrübten, serösen Inhalt erfüllt waren. Die Zahl der Knötchen betrug ungefähr $^1/_3$ der Zahl der Bläschen. Die Knötchen waren meist stecknadelkopfgrofs, derb und rot. Die Bläschen und Knötchen standen untereinander gemengt in gröfseren und kleineren Gruppen beisammen. Im übrigen war die Haut entzündet und geschwollen. Das Ekzem juckte heftig. Pusteln, in specie Impetigopusteln, waren nicht vorhanden. Am 12. IV. bestand das Ekzem noch unverändert, aufser dafs einige neue Knötchen hinzugekommen waren. Nach dem Kratzen entstanden nässende Stellen auf der kranken Haut, die sich später mit gelben Krüstchen bedeckten. Vom 14. IV. an begann die Rückbildung des Ekzems unter Schuppenbildung. Acht Tage später war es gänzlich verschwunden.

Wir erhielten durch diese Impfung mit Bouillonkultur des Staphylococcus pyogenes albus ebenso ein positives Resultat wie Scholtz und Raab mit ihren Bouillonkulturen des Staphylococcus aureus, vielleicht sogar ein noch deutlicheres Resultat.

Zu unserer Impfung benutzten wir eine alte Bouillonkultur. Wir versuchten auch, die Wirkung einer auf schlechtem Nährboden gewachsenen Albus-Kultur festzustellen. Zu diesem Zwecke impfte sich

2. Bo. am 11. IV. mit einer in Fränkelscher Nährlösung gewachsenen Kultur auf den linken Oberarm. Die Impfstelle wurde vor der Impfung stark gereizt und dann mit der Kultur samt ihrer Fränkelschen Nährlösung verbunden genau so, wie sonst bei Impfungen mit Bouillonkulturen verfahren wurde. Auf die Impfung folgte kein Jucken unter dem Verband. Am 12. IV. fanden wir nach Abnahme des Verbandes sieben stecknadelkopfgrofse, ziemlich derbe Knötchen, die ganz wenig juckten. Im übrigen war die geimpfte Haut nicht verändert. Am 13. IV. bildeten sich die Knötchen unter Schuppung zurück und waren am 14. IV. ganz verschwunden.

Wir hatten hier zweifellos ein papulöses Ekzem durch unsere Impfung erzeugt. Aber doch nur ein höchst geringfügiges. Das Resultat dieser Impfung hat Ähnlichkeit mit dem Resultat einer Impfung von

Kreibich.[14] Vielleicht war das Impfmaterial von Kreibich ebenfalls nicht virulent genug, um ein heftigeres Ekzem zu erzeugen.

Wir haben durch diese beiden Versuche dasselbe gefunden, was auch Scholtz und Raab vorher nachgewiesen haben, nämlich, daſs es möglich ist, durch Bouillonkulturen von Staphylokokken Ekzem zu erzeugen. Nun ist bemerkenswert in unseren Versuchen, sowie in denen von Scholtz und Raab, daſs solche Impfungen mit Bouillonkulturen von Staphylokokken nicht Impetigo staphylogenes, oder Impetigo staphylogenes plus Ekzem, sondern ganz einfach nur Ekzem machen. Warum sich das so verhält, war uns durch die Kulturfiltrat-Versuche, die wir nach den Bouillonkultur-Versuchen angestellt hatten, klar geworden. Wir haben jedoch zur besseren Beurteilung dieser Frage noch folgende Versuche angestellt:

3. Be. Impfung am 23. V. auf den rechten (stark irritierten) Oberarm; geimpft wird eine Agar-Reinkultur von Staphylococcus pyogenes albus; sie wird kräftig in die Haut eingerieben. Über die so geimpfte Hautstelle kommt ein Stück Mull, das reichlich mit sterilem Kulturfiltrat getränkt war. Ungefähr 6 ccm des Filtrates einer Bouillonkultur von Staphylococcus pyogenes albus wurden dazu benutzt. Dann wurde die geimpfte Stelle wie gewöhnlich verbunden. Resultat am 24. V.: typisches papulös-vesikulöses Ekzem vom nämlichen Charakter und Verlauf wie das Ekzem des Versuches 1 dieser Versuchsreihe. Keine Spur von Pusteln der Impetigo staphylogenes.

Also Staphylokokkus plus Kulturfiltrat oder Staphylokokkus plus Staphylokokkentoxin, beide auf dieselbe Hautfläche getrennt eingeimpft, machen Ekzem gerade so wie Staphylokokkus plus Staphylokokkentoxin in Bouillonkultur.

4. Be. impft auf den linken Oberarm am 23. V. in derselben Weise wie beim vorigen Versuch zuerst eine Agar-Reinkultur von Staphylococcus pyogenes albus. Darüber kommt sodann ein Verband mit viel steriler Nährbouillon. Resultat am 24. V.: zahlreiche typische Pusteln der Impetigo staphylogenes. Keine Spur von Ekzem.

5. Ge. impft am 22. VI. auf seinen linken Oberarm in derselben Weise, wie bei den zwei vorigen Versuchen, zuerst eine Agar-Reinkultur von Staphylococcus pyogenes aureus. Darüber kommt sodann ein Verband mit destilliertem Wasser. Resultat am 23. VI.: Zahlreiche typische Pusteln der Impetigo staphylogenes. Keine Spur von Ekzem.

Also, Staphylokokken plus sterile Nährbouillon und Staphylokokken plus Wasser bezw. feuchte Wärme wirken nicht anders als isolierte Staphylokokken für sich allein, oder als Staphylokokken von Agarkulturen: sie machen nur Impetigo staphylogenes, nicht Ekzem.

---

[14] l. c. p. 481.

6. Be. impft am 10. VI. auf seinen rechten Oberarm eine junge Bouillonkultur von Staphylococcus pyogenes aureus, die aus Furunkeleiter stammte. Es war eine nur zwei Tage alte Kultur erster Generation. Man mufse mit Sicherheit annehmen, dafs die Staphylokokken in dieser Kultur sehr virulent waren, dafs sich in der Bouillon aber noch kein Staphylokokkentoxin befand. Die Bouillonkultur wurde auf die gereizte Haut nur eingerieben; es kam kein Verband darüber. Resultat am 11. VI.: zahlreiche Pusteln der Impetigo staphylogenes, später Furunkel.

Also eine hochvirulente Bouillonkultur, die noch kein Staphylokokkentoxin enthielt, machte nur Impetigo staphylogenes und Furunkel, nicht Ekzem.

Vergleichen wir die Resultate unserer IV. Versuchsreihe mit denen der ersten drei Versuchsreihen, so glauben wir folgende Schlüsse ziehen zu müssen:

Nicht die Staphylokokken selbst erzeugen Ekzem, sondern das Staphylokokkentoxin ist es, das Ekzem macht.

Die Staphylokokken, für sich allein wirkend, machen nur Impetigo staphylogenes (oder andere Eitererkrankungen der Haut), aber nicht Ekzem.

In Gegenwart von Staphylokokkentoxin machen die Staphylokokken nicht Impetigo staphylogenes; in diesem Falle entsteht nur Ekzem und die Staphylokokken entfalten keine primäre Wirksamkeit.

Indem Bouillonkulturen von Staphylokokken Ekzem hervorrufen, sind es nicht die Staphylokokken, die das Ekzem erzeugen, sondern das in der Bouillonkultur enthaltene Staphylokokkentoxin ist es, das Ekzem macht.

Auffallend ist, dafs die Staphylokokkenleiber, die ein heftiges, Eiterung erregendes Gift entfalten, keine primäre Wirksamkeit in Gegenwart des Staphylokokkentoxins enthalten. Wie kommt es, dafs Staphylokokkenleiber Impetigo (oder andere Hauteiterungen) machen, Bouillonkulturen von Staphylokokken aber nicht Eiterung, sondern nur Ekzem? Auf diese Frage möchten wir vorläufig mit folgender Hypothese antworten: Die Staphylokokkenleiber enthalten ein positiv chemotaktisch wirkendes Gift, sie entfalten eine leukotaktische Wirkung (Unna).[15] Das Gift der Staphylokokkenleiber lockt Leukocyten an; dadurch entsteht die Eiterung, der Abcefs (Unna). Das Staphylokokkentoxin aber, das ja das Leukocidin enthält, wirkt zerstörend auf die Leukocyten. Es wirkt negativ chemotaktisch. Seine Wirkung wäre also das Gegenteil der Wirkung des in

[15] Impetigo Bockhart, *Berliner Klinik* 46. — Entzündung und Chemotaxis. *Arbeiten aus Unnas Klinik f. Hautkrankheiten.* 1894.

den Staphylokokkenleibern enthaltenen Giftes. Das Staphylokokkentoxin muſs aber stärker sein als das in den Kokkenleibern enthaltene Gift. Deshalb kann bei Impfungen mit Bouillonkulturen der Staphylococcus selbst nicht zur Geltung kommen, keine eitererregende Wirkung entfalten. Das stärkere Staphylokokkentoxin verhindert jede Anlockung von Leukocyten, während es selbst seine ekzemerregende Eigenschaft bethätigt.

Diese Hypothese würde auch leicht erklären, warum das primäre Bläschen des Staphylokokkentoxin-Ekzems nur klares Serum enthält und steril ist. Es ist ferner leicht verständlich, daſs einige Zeit nach der Entstehung des primären, sterilen Bläschens, wenn das Toxin Serum angelockt, eine seröse Exsudation hervorgerufen hat und gerade dadurch verdünnt und weniger giftig wurde, daſs dann sekundär Staphylokokken in das Ekzembläschen einwandern. Sobald sie eingewandert sind, beginnt die Trübung des Bläscheninhalts durch die Anlockung der Leukocyten und die starke Vermehrung der Staphylokokken selbst. Der Inhalt des Ekzembläschens ist offenbar ein ausgezeichneter Nährboden für den Staphylococcus pyogenes aureus und albus.

Wir glauben durch unsere Versuche bewiesen zu haben, daſs der Staphylococcus pyogenes aureus und albus an und für sich nicht Ekzem machen, sondern in der Pathologie des Ekzems nur eine sekundäre Rolle spielen. Welche Bedeutung das Staphylokokkentoxin auſserhalb des Impfversuches für die Ätiologie und Pathologie des Ekzems hat, wollen wir in einer späteren Arbeit erörtern; insbesondere behalten wir uns vor, in einer weiteren Arbeit über die einzelnen wirksamen Bestandteile des Staphylokokkentoxins näheres zu berichten.

Hier möchten wir noch folgende Frage berühren. Bekanntlich findet man auf ekzemkranker Haut den Staphylococcus pyogenes aureus und albus in groſser Menge und nahezu in Reinkulturen.[16] Wie kommt es, daſs diese Mengen von Eiterkokken doch nur relativ selten gefährliche Eiterungen erregen? Höchstens rufen sie bei einem Teil der Ekzemkranken Impetigopusteln und Furunkel hervor. Wir fanden durch Versuche, die wir später noch veröffentlichen werden, daſs sowohl die auf der normalen Haut, als auch die auf der ekzemkranken Haut lebenden Staphylokokken auſserordentlich wenig giftig sind. Aus diesem Grunde haben wir auch nicht Reinkulturen von Staphylokokken aus ekzemkranker Haut zu den hier beschriebenen Versuchen verwandt.

Resumé:

1. In unseren hier beschriebenen Versuchen riefen Staphylokokken aus Agarkulturen und isolierte Staphylokokkenleiber Impetigo staphylogenes hervor.

[16] cf. Scholtz und Raab l. c.

2. Staphylokokkentoxin (gewonnen durch Filtrieren von Bouillonkulturen) verursachte immer Ekzem.

3. Staphylokokkentoxin plus isolierte Staphylokokkenleiber bewirkten ebenso wie die gewöhnlichen Bouillonkulturen (in denen beide vereinigt sind) Ekzem. Diese Gemenge wirkten somit nicht anders als das Staphylokokkentoxin allein.

Wir unternahmen diese Arbeit auf eine persönliche Anregung UNNAS hin. Es ist uns eine angenehme Pflicht, dem hamburger Meister hierfür unseren herzlichsten Dank abzustatten.

Versammlungen.

Wissenschaftliche Ärztegesellschaft in Innsbruck.

Sitzung vom 7. Dezember 1900.

Einen Fall von multiplen Spontankeloiden demonstriert RILLE. Von Interesse sind die therapeutischen Versuche. Operative Entfernung mit oder ohne Transplantation, kaustische Zerstörung, Thiosinamininjektionen und Thiosinaminpflaster, alles versagte. Auch bei Narbenkeloiden hat Verfasser vom Thiosinamin keine Besserung gesehen.

Ferner demonstriert RILLE **einen Fall von Lepra tuberosa.** Im Verlaufe des Leidens sind teilweise Besserungen eingetreten; ob dieselben durch die Therapie bewirkt waren, bleibt dahingestellt. Es wurden angewandt: 20 Injektionen von Lepraserum nach CARRASQUILLA und GRÜNFELDT und 29 Injektionen von Oleum Chaulmoogra.

Sitzung vom 24. November 1900.

Favusfälle demonstriert RILLE, bespricht dabei vielerlei aus der Pathologie des Leidens und demonstriert mikroskopische Präparate. Zum Schlusse führt der Vortragende aus, dafs der Begriff „Scutulum" erst seit den sechsziger Jahren bei Favus gebraucht wird. Früher wurde „scutulatus", „scutiforme" für Herpes tonsurans angewendet, weil es ursprünglich „gegittert, karriert, gestreift" bedeutet. Heute pflegt man scutulatus mit „schildförmig" zu übersetzen. Im übrigen ähnelt das Favusprodukt mehr einem Schüsselchen, als einem Schilde. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

1901. Band 56, Heft 3.

I. **Über spontane multiple Keloide,** von W. Reiss-Krakau. Der Verfasser beschreibt einen Fall bei einem zwölfjährigen Mädchen, das ebenso wenig wie die Angehörigen nähere Angaben über den Beginn der Krankheit machen kann. Die Affektion nahm ihren Anfang an den Unterextremitäten und ergriff später den Thorax und die oberen Extremitäten. Sie ist charakterisiert durch zahlreiche — 210 — kleine, schrotkorn- bis erbsengroſse, derb elastische, halbkugelige oder auch elipsoide, rosarot gefärbte, in das Corium eingesprengte Knötchen, die nirgends konfluieren, einen scharfen Rand haben und hier und da nur ganz vereinzelt von der Peripherie aus kurze, radiär geordnete Fortsätze in die gesunde Umgebung senden. Die Knötchen sind mit der Haut verschiebbar und besitzen eine glatte, rosarot glänzende Oberfläche. Auf Druck sind sie nicht empfindlich. Einige zeigen Neigung zur Rückbildung.

Der Verfasser bespricht die Differentialdiagnose und teilt das Resultat der histologischen Untersuchung mit, das sich mit unwesentlichen Ausnahmen mit dem anderer Autoren deckt. Hinsichtlich der Pathogenese stellt sich Verfasser mangels einer anderen Erklärung auf den Standpunkt Virchows: „Jeder einzelne Tumor ist das Produkt örtlicher Reizung, die Multiplizität bedeutet nichts als die Ausdehnung des Reizes."

II. **Über das Auftreten von Quecksilber im Mundspeichel,** von M. Oppenheim-Wien. Verfasser bediente sich bei seinen Untersuchungen der Jollesschen Methode, deren Gang folgender ist: „Der zu untersuchende Gesamtspeichel wird in ein ziemlich weites 800 ccm fassendes Becherglas geschüttet, mit destilliertem Wasser auf ca. 500 ccm aufgefüllt, dazu 10 ccm chlorfreie, konzentrierte Salzsäure mit 1—2 g chlorsaurem Kalium zugesetzt. Diese Flüssigkeit wird nun so lange unter steter Nachfüllung von destilliertem Wasser in gelindem Kochen erhalten, bis kein freies Chlor mehr nachweisbar ist, was man daran erkennt, daſs Jodzinkstärkelösung mit einer geringen Menge der erkalteten Flüssigkeit versetzt keine Violettfärbung mehr giebt. Hierauf wird ein galvanisch vergoldetes Platinblech oder eine von W. C. Heraeus in Hanau galvanisch vergoldete Platinwellblechelektrode von ca. 8 cm Länge und 8 cm Breite in die Flüssigkeit eingesenkt. Sodann werden 2—3 g Zinnchlorür und so lange konzentrierte Salzsäure (etwa 30—40 ccm) hinzugesetzt, bis die Flüssigkeit klar wird. Dieselbe wird dann durch eine Viertelstunde in gelindem Kochen erhalten. Hierauf wird die Platinplatte herausgenommen, zuerst mit gewöhnlichem, dann mit destilliertem Wasser abgespült und in eine runde Schale mit ebenem Boden gelegt. In diese wird nun so viel verdünnte Salpetersäure (1 : 4) gegossen, daſs die Platte vollkommen bedeckt ist, und das Ganze im Wasserbade so lange erwärmt, bis das Volumen der Salpetersäure nur mehr 4 ccm beträgt. Diese Flüssigkeit (salpetersaure Hg-Lösung) wird in ein Reagenzglas gegossen, abgekühlt und mit 3—4 ccm frisch bereitetem Schwefelwasserstoffwasser versetzt. Ist Hg vorhanden, so entsteht im Reagenzglase eine Gelb-Braunfärbung, deren Intensität von der Menge des vorhandenen Quecksilbers abhängt."

Die Resultate der Untersuchungen berechtigen Verfasser zu folgenden Schlüssen:

1. Hg wird bei den Hg-Kuren durch den Speichel ziemlich konstant ausgeschieden.

2. Bei der Injektionskur erscheint es früher im Speichel, als bei Inunktionen, doch in beiden Fällen ist es später nachweisbar, als im Harn und in den Faeces.

3. Bei der Injektionskur mit löslichen Hg-Präparaten verschwindet es früher aus dem Speichel, als bei der Schmierkur und in beiden Fällen viel früher als aus dem Harn.

4. Nur bei längerem, kontinuierlichen Aufenthalte in Räumen, wo Hg verdampft, erscheint es im Speichel.

III. **Zur Kenntnis der „systematisierten Naevi" und ihres Ursprunges,** von T. Okamura-Wien. Der Verfasser referiert kurz über fünf Fälle aus dem Ambulatorium des Prof. Ehrmann und teilt das Resultat der histologischen Untersuchung eines Falles von Naevus unius lateris, der im wesentlichen die Struktur des Papilloms aufwies, mit.

Einer eingehenden Besprechung widmet Verfasser dann den topographischen Verhältnissen der linearen Naevi und den verschiedenen zur Erklärung aufgestellten Hypothesen.

Er glaubt auf Grund seiner Beobachtungen und Untersuchungen, dafs es sich bei den Naevis um abnorme Entwickelungsvorgänge in der Embryonalzeit handele, die ihren Ausgang von der Cutisplatte nehmen und sich dann dem Ektoderm und den von diesem abstammenden Anhängen mitteilen, da zweifellos Mesoderm und Ektoderm im engsten Zusammenhange stehen. So erklären sich die die Naevi so häufig begleitenden Hypertrophien der Knäueldrüsen, der Haare etc. An der Hand der entwickelungsgeschichtlichen Anlage von Meso- und Ektoderm versucht Verfasser die Übereinstimmung der systematisierten Naevi mit den Haarströmen resp. der Haarrichtung zu erklären.

Was die flachen, blofs hyperpigmentierten und behaarten Naevi betrifft, welche am häufigsten sind, so geht die Meinung des Verfassers dahin: „Die Entwickelung der Cutis geht nach Rabl aus den indifferenten Zellen der embryonalen Cutisplatte der Urwirbel in der Weise vor sich, dafs zuerst die fibrillären Bündel aus der dem Ektoderm zugewendeten Seite dieser Cutisplatte sich differenzieren. Es wäre somit die obere Grenzschicht der Cutis, d. h. die Papillarkörper, zuerst differenziert. Noch bevor dies geschieht, lösen sich nach Ehrmann aus den indifferenten Zellen der Cutisplatte einige Zellen los, die zu den „Melanoblasten" sich entwickeln, d. h. zu Zellen, deren Aufgabe es zeitlebens bleibt, Pigment zu bilden, und die centralwärts weiter wachsen, durch Zellteilung weiter sich vermehren und nicht durch Umwandlung fertiger Bindegewebskörperchen, welche letztere nie echte Pigmentzellen werden können. Die Melanoblastenbildung fehlt nach Ehrmann den Albinos. Der Mensch enthält je nach der Rasse oder Varietät mehr oder weniger Melanoblasten. Bei der geschlechtlichen Kreuzung heller und dunkelfarbiger Individuen findet man bei deren Kindern einzelne Stellen mehr dem dunklen, andere mehr dem hellen Teile des Elternpaares entsprechend."

So könnte man auch die Naevi und ihre Varietäten durch atavistische Vererbung entstanden erklären.

IV. **Über die Ausscheidung des Quecksilbers im Harn bei Merkurialbehandlung,** von P. Farup-Christiania. Verfasser ist durch Kombination der Ludwigschen und Schumacher-Youngschen Methode der quantitativen Bestimmung von Quecksilber im Harn zu einem einfacheren und weniger zeitraubenden Verfahren gelangt, das er folgendermafsen beschreibt:

„Die Tagesmenge des Harns wird nach Zusatz von 3—4 ccm konzentrierter

Salzsäure in einem geräumigen mit Kühlvorrichtung versehenen Kolben im Wasserbade auf 70—80° erwärmt, alsdann etwa 6 g Zinkstaub zugesetzt und zwei Minuten tüchtig geschüttelt. Nach Erkalten und Absetzen wird die leichtgetrübte Flüssigkeit durch eine nicht zu dünne, jedes Metallpartikelchen sicher zurückhaltende Schicht von feinem langfaserigen Asbest filtriert, nach beendetem Filtrieren wird das Asbest mit anhaftendem Zinkstaub wieder in den grofsen Kolben, wo sich die Hauptmenge des Zinkpulvers befindet, hineingebracht und 80 ccm verdünnte Salzsäure (konzentrierte Säure und Wasser zu gleichen Teilen) zugefügt. Nach weiterem Zusatz von 3 g chlorsaurem Kalium wird der wieder mit aufsteigendem Kühler versehene Kolben auf das Wasserbad bis zur vollständigen Lösung des Inhalts gebracht, nach Erkalten die Lösung durch Hartfilter in einen kleinen, etwa 200 ccm fassenden Kolben filtriert und das grüngefärbte, auf 60° erwärmte Filtrat mit frisch bereiteter Zinnchlorürlösung im Überschufs versetzt. Das Quecksilber fällt nun in kleinen, die Flüssigkeit gräulich trübenden Kugeln aus. Nach Erkalten filtriert man endlich an der Wasserstrahlpumpe durch das Filtrieramalgamröhrchen, welches aus einem gewöhnlichen Soxlethschen Reduktionsrohr (für Zuckeranalyse) besteht, das unten etwas Seidenasbest, dann eine 10 mm hohe Schicht Goldasbest enthält. Das Quecksilber wird in diesem gröfstenteils mechanisch, die feinsten Kügelchen aber auch durch Amalgamierung festgehalten. Nach beendeter Filtration wird je dreimal mit verdünnter Salzsäure, Wasser, Alkohol und Äther gewaschen, das Saugen noch zehn Minuten fortgesetzt und zuletzt während 25—30 Minuten durch das Rohr in der Richtung gegen den verjüngten Teil desselben trockene Luft geleitet. Bei der einzelnen Analyse wird von dem Goldasbest nur eine Schicht von 1—2 mm grau gefärbt. Eventuell mit dem Luftstrom verdampfendes Quecksilber mufs demnach eine dicke Schicht noch unamalgamierten Goldasbest durchstreichen, so dafs Verluste während des Trocknens nicht zu befürchten sind. Selbstverständlich wird das Rohr vor der Analyse in gleicher Weise getrocknet."

Mit der beschriebenen Methode lassen sich in sechs Stunden bequem drei Analysen machen. Die Gegenwart von Eiweifs oder von Jodiden im Harn beeinträchtigt die Genauigkeit der Resultate nicht.

Nach den Untersuchungen ergab der Harn am zweiten Tage der Merkuriolbehandlung qualitative Hg-Reaktion und schon am dritten wägbare Mengen von Quecksilber, was auf eine rasche Resorption des Merkuriols schliefsen läfst.

Was die Remanenzzeit betrifft, so wurde 26 und 49 Tage nach Aussetzen der Behandlung im Harn noch 0,5 Hg gefunden.

V. **Lupus erythematosus bei Geschwistern,** von S. Róna - Budapest. Der Verfasser beschreibt drei Fälle, welche drei Schwestern betrafen. Entfernte Anzeichen von Tuberkulose konnten nur bei der dritten konstatiert werden. Erbliche Belastung für Tuberkulose scheint nicht vorzuliegen, wenn man von der Lungentuberkulose eines Onkels der Patientinnen absieht.

Die Beobachtungen des Verfassers bestätigen die Erfahrung, dafs der Lupus erythematosus bei Frauen öfter vorkommt, als bei Männern, und dafs die Patienten bei Beginn der Erkrankung zumeist unter 50 Jahre alt sind.

Was das Verhältnis des Lupus erythematosus zur Tuberkulose betrifft, so fand Verfasser unter seinen 53 Fällen nur bei 25 diesbezügliche Aufzeichnungen. Bei 8 von diesen 25 war weder personelle noch Familientuberkulose zu eruieren. In 9 Fällen kamen nur in der Familie Caries, Phthise und Drüsenschwellungen vor. In 2 Fällen sind als Zeichen personeller Tuberkulose Drüsenschwellungen am Halse angegeben. Eine Patientin, die Verfasser bis ans Lebensende beobachten konnte, ist an Lungentuberkulose gestorben.

Gleichzeitiges Auftreten von Lupus erythematosus und Lupus vulgaris hat Verfasser in hundert von ihm beobachteten Fällen nicht ein einziges Mal gesehen.

VI. **Bemerkungen über die dermatologische Nomenklatur**, von L. Philippson-Palermo. Verfasser verweist auf die Mängel der Nomenklatur und auf die Gesetzlosigkeit hin, welche bei den Bezeichnungen von Hautkrankheiten herrscht und zeigt auf der anderen Seite, dafs durch Einführung von deskriptiven und definierenden Bezeichnungen oder durch Anwendung anatomischer Namen sich auch ein zielbewufstes Bestreben bemerkbar macht, jene Mängel zu beseitigen.

VII. **Über Syphilis des Kleinhirns.** Eine litterarische Skizze von J. K. Proksch-Wien. Verfasser will mit der vorliegenden Schrift eine Lücke in den Lehrbüchern der Venerologie und in den Monographien über die syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems ausfüllen, welche die Kleinhirnsyphilis etwas gar zu stiefmütterlich behandeln. Von komplizierter Kleinhirnsyphilis hat Verfasser in der Litteratur 25 Fälle vorgefunden, die jedoch für das klinische Studium derselben nicht genügend verwertet werden können, weil die Kleinhirnerscheinungen durch andere, mehr hervorstechende Symptome des übrigen Nervensystems verwischt oder verdeckt waren. Nur in einem von E. Siemerling publizierten Falle von Syphilis des Centralnervensystems ist „unsicherer ataktischer Gang mit Schwindelgefühl" als deutliches Symptom für die Erkrankung des Kleinhirns hervorgehoben.

Von anatomischen Veränderungen des Kleinhirns wurden beobachtet: Erweichungen, Blutungen, Abscesse, Gummata und gummöse Infiltrate der verschiedensten Gestalt und von verschiedenem Umfange und Sitz.

Von einer eigentlichen Diagnose der syphilitischen Erkrankung des Kleinhirns konnte erst nach den sorgfältigen Untersuchungen über die Physiologie dieses Organs durch Flourens und Magendie die Rede sein. Greppo dürfte der erste sein, welcher aus der vorher und nachher wohlkonstatierten Syphilis und der cerebellaren Ataxie Kleinhirnsyphilis diagnostiziert hat. Ihm folgte bald eine ganze Reihe von Autoren, von denen allerdings einige die cerebellare Ataxie als cerebellares Schwanken, taumelnden, unsicheren Gang, Gehstörungen, Koordinatsstörungen, Taumeln, Torkeln, l'ivresse des mouvements, titubation dans la marche etc. etc. mehr oder weniger deutlich an Syphilitischen beschrieben, jedoch eine bestimmte topische Diagnose nicht gestellt haben.

Was die Zeit des Auftretens der Erscheinungen von syphilitischen Kleinhirnläsionen betrifft, so beobachtete Greppo in seinem Falle Schmerz im Hinterhaupt und cerebellares Schwanken schon drei Monate nach der Infektion unter den ersten wahrnehmbaren Erscheinungen der konstitutionellen Syphilis. Während diese als „solitäre Kleinhirnsyphilis" vom Verfasser erwähnten Fälle durch Quecksilber und Jod geheilt oder gebessert wurden, betreffen die am Schlusse der vorliegenden Arbeit aus der einschlägigen Litteratur mitgeteilten Krankengeschichten letal verlaufene Fälle. *C. Berliner-Aachen.*

Dermatologische Zeitschrift.

1901. Band 8, Heft 3.

I. **Über Lupus follicularis disseminatus und über die Beziehungen zwischen Lupus vulgaris und Lupus erythematodes**, von E. Saalfeld-Berlin. Der vom Verfasser beschriebene Fall zeigte im Gesicht zahlreiche dicht gedrängt stehende, teils isolierte, teils konfluierte, hirsekorn- bis erbsengrofse, bräunlich-rote, etwas transparente, weiche, elastische, papulöse Efflorescenzen, deren Inhalt auf Glasdruck vollkommen verschwindet, während eine gelbliche, dem Lupus vulgaris-Knoten ent-

sprechende typische Verfärbung sichtbar wird. Die phaneroskopische Beleuchtung ergiebt ein aufserordentlich deutliches, transparentes Aufleuchten der Efflorescenzen. Zwischen diesen eingestreut und sie an Zahl und Gröfse überragend finden sich Knötchen von Acne indurata und Acne pustulosa. Gerade dieser Umstand liefs die Diagnose, ob Lupus vulgaris oder erythematodes zweifelhaft erscheinen. Erst durch die mikroskopische Untersuchung wurde die tuberkulöse Natur der Erkrankung sichergestellt. Die gröfseren Knoten zeigen im Centrum käsige Degeneration und zahlreiche, sehr grofse Riesenzellen mit deutlichen Kernen und gut ausgebildeten Kernkörperchen. Tuberkelbacillen fanden sich nicht.

Da die Affektion ganz besonders, wenn auch nicht ausschliefslich, die Follikel ergriffen hatte, die erweitert und von Rundzellen infiltriert waren, so glaubte sich Verfasser zu der Diagnose eines „Lupus follicularis disseminatus“ (Tilbury Fox) berechtigt.

Im folgenden werden aus der Litteratur die bisher publizierten Fälle rekapituliert und dann die Frage der Beziehungen zwischen Lupus vulgaris und Lupus erythematodes einer eingehenden Erörterung unterworfen. Von weiterem Interesse in dem vom Verfasser beschriebenen Falle ist, dafs unter der Behandlung mit Cantharidin, die Prof. Liebreich übernommen hatte, die kleineren Knötchen allmählich einsanken, und nur noch wenige erhabene gröfsere zurückblieben, die ebenfalls Tendenz zur Rückbildung zeigen. Es ist zu erhoffen, dafs die Fortsetzung der Cantharidinkur, welche Patient gut verträgt, zur völligen Heilung des Lupus führen wird.

II. **Zur Kasuistik der Nagelerkrankungen**, von Julius Heller-Charlottenburg. Der Verfasser beschreibt einen Fall von Onycholysis bei einem 21jährigen, sonst gesunden, erblich nicht belasteten Mädchen. Seit 2—3 Monaten bemerkt die Patientin eine Ablösung der Nägel von dem Nagelbett. Die Nagelplatten sind völlig unverändert, nur dafs die abgelösten Partien derselben gelbweifs, wie normalerweise der freie Rand der Nägel, erscheinen. Auffallend ist die Veränderung der Krümmung im Längsdurchmesser der Nägel, die als „hippokratische“ Nagelkrümmung bezeichnet wird. Das von der Nagelplatte freigelegte Nagelbett ist durchaus normal und zeigt keine Spur von Keratosis subungualis. Es besteht weder Ekzem, noch eine Seborrhoe, noch eine starke Hyperidrosis, welche zur Erklärung der Pathogenese herangezogen werden könnten. Die Behandlung bestand in Einpinselung einer Lösung von

℞	*Acid. salicyl.*	5,0
	Resorcin	3,0
	Glycerin	10,0
	Spir. rectif.	25,0

und in heifsen Handbädern. Später wurden Theerpräparate, insbesondere auch Liquor carbonis detergens verordnet. Als Besserung eintrat, wurden Einwickelungen mit Theerzinkparaplast angewendet, einmal um mechanisch die Wachstumsrichtung der Nägel zu korrigieren und dann auch chemisch auf die Affektion selbst einzuwirken. Nach sechsmonatlicher Behandlung war ein wesentlicher Fortschritt zu konstatieren. Der linke Klein-Fingernagel ist ganz normal geworden. Auffallend ist dagegen die Konsistenzvermehrung der Nagelplatten.

Der Fall ist mangels einer näheren Erklärung als „idiopathische Onycholysis“ anzusehen.

III. **Über Erythema pruriginosum senile**, von L. Fürst-Berlin. Man hat es bei dem Leiden mit einem regressivem Prozesse zu thun, welcher ursprünglich nur in einer Atrophie der Haut und in einer kleienartigen Abschilferung des Epithels besteht. Schon in diesem Stadium beginnt das Jucken, das sich dann unter einer

chronischen Hyperämie der Hautgefäfse steigert, und schliefslich zu allen jenen Folgeerscheinungen führt, welche das Kratzen und Scheuern nach sich zieht.

Seit einer Reihe von Jahren hat Verfasser sehr hartnäckigen und vernachlässigten Fällen schweren Erythems alter Individuen seine Aufmerksamkeit zugewendet und sich eingehender mit der Verhütung und Behandlung desselben beschäftigt. Prophylaktisch empfiehlt er bei älteren Leuten, welche Neigung zum Abschilfern ihrer welken, fettarmen Haut zeigen, die befallenen Stellen zwei- bis dreimal täglich mit 2½%iger Lösung von essigsaurer Thonerde sanft und tupfend mittelst sterilisierter Watte abzuwaschen und nach gründlichem tupfenden Abtrocknen, mittelst eines Dachshaarpinsels ein Unguentum molle und zwar Acid. boric., Glycerin und Lanolin aufzutragen.

Das therapeutische Verfahren, welches den Verfasser selbst in den hartnäckigsten Fällen nicht im Stiche gelassen hat, und mit dem er in 10—20 Tagen vollständigen und radikalen Erfolg erzielte, besteht darin, „dafs mittelst sterilisierter Watte zunächst die kranken Partien, wie oben beschrieben, mit 5%iger Lösung von essigsaurer Thonerde tupfend gewaschen und dann ebenfalls mit Watte, tupfend getrocknet wurden. Hierauf wurden die Stellen, wenn keine Läsion der Epidermis, keine Sekretion derselben bestand, dreimal täglich mit einem Unguentum molle von Thiol. liquid. 10,0, Vasel., Lanolin ää 20,0 bepinselt und die kranke Stelle dann mit Mullbinden bedeckt. War jedoch die Hautpartie in Gestalt eines pruriginösen Ekzems feucht, wund und zum Teil entzündlich infiltriert, so wurde ein Thiol-Streupulver von

℞ *Thiol. sicc. pulver.*	5,0
Magnes. carbon.	25,0
Talcum	100,0

dreimal täglich aufgepudert. Auch hier bilden Mullbinden einen guten Schutz."

Für den nachhaltigen Erfolg ist weiter Bedingung: Konsequente Fortsetzung der Behandlung noch wochenlang nach Eintritt der Heilung, Unterdrückung des Kratzens durch Willensenergie und leichte, am besten leinene Unterkleidung. Öftere laue Bäder und sorgfältige Hautpflege werden einen Wiederausbruch des Leidens verhindern.

IV. **Ein phototherapeutischer Apparat ohne Kondensator,** von Lortet und Genoud-Lyon. Der ganze Apparat ist auf einer Achse montiert, die nach jeder Richtung hin sich bewegen läfst. Der angewandte Lichtbogen verbraucht 40—45 Volt bei 8—10 Ampères.

Mit dem Apparate werden folgende Resultate erzielt:

1. „Je nach der Dimension des Obturators kann die aktive Zone innerhalb der Dimensionen von 1—6 cm Durchmesser verändert werden. Die mit Kondensatoren versehenen Apparate ergeben nur eine aktive Zone von der Gröfse eines Frankstückes.

2. Die photochemische Intensität ist so stark, dafs die Expositionszeit 15—20 Minuten (gegenüber 1—1¼ Stunden bei anderen Apparaten) nicht zu übersteigen braucht, um den gewünschten Heilerfolg zu erhalten.

3. Der Apparat wird es somit ermöglichen, die Dauer der phototherapeutischen Behandlung erheblich abzukürzen und den einzigen Einwurf zu entkräften, der bisher mit Recht gegen die Anwendung dieser Methode erhoben worden ist."

V. **Peruol,** von O. Lassar-Berlin. Sowohl vom Verfasser wie von seinen Mitarbeitern Theodor Mayer, Plonski und Wichmann wurden Versuche mit Peruol angestellt und über 100 damit behandelte Fälle Aufzeichnungen gemacht. Bei der Behandlung wurde genau nach Neissers Vorschrift verfahren: „Warmes Bad. Abwaschungen mit Schmierseife. Einreibungen mit Peruol 5—15 Minuten lang. Zwei-

bis dreimalige Wiederholung der Einreibungen innerhalb 36 Stunden. Reinigungsbad nach 2—3 Tagen.

Die Ergebnisse werden in tabellarischer Übersicht mitgeteilt. Unter den 100 Fällen wurden 27 Heilungen, 32 Besserungen und 41 Fehlschläge verzeichnet. Somit wird man in der Mehrzahl der Fälle mit der Peruolbehandlung allein nicht auskommen und noch zu anderen Mitteln greifen müssen. Als Vorzüge des Präparates werden gerühmt, daſs es weder färbt, fleckt, noch auffallend riecht und die Haut nur sehr wenig reizt. *C. Berliner-Aachen.*

Monatsberichte für Urologie.

Band VI, Heft 4.

Über Behandlung der chronischen Cystitis (Cystitis rebelle) mittelst Kurettement der Harnblase, von F. Stockmann. Das Kurettement der Blase ist von Guyon vorgeschlagen. Verfasser hat sie achtmal ausgeführt, und zwar fünfmal nach vorheriger Sectio hypogastrica. Er hat dabei, entgegen der Guyonschen Schule, viermal die Blase durch exakte Naht geschlossen. Zweimal gelang die Heilung per primam, zweimal blieb eine Fistel zurück, die sich erst nach Entfernung der Nahtreste schloſs. Im ganzen ist das Nähen der Blasenwände nur bei gut dehnbarer Blase ratsam. Die Übelstände der Drainage sind ja sehr groſse; einen vom Verfasser hergestellten Verschluſsapparat hat er selbst nocht nicht anzuwenden Gelegenheit gehabt. Die Ausschabung wird in der Längs- und Querrichtung vorgenommen unter besonderer Berücksichtigung der zu Wucherungen disponierten Stellen: Orificium vesicale, Trigonum, Fundus. Zur Operation dient ein scharfer Löffel resp. Uteruskurette. Nach derselben Ausspülung mit Argentum nitricum (1:500), Drainage und Pezzerscher Verweilkatheter. Nach 2—3 Tagen beginnt der Urin sich zu klären. Eine Nachblutung trat nur einmal am zehnten Tage ein.

Ist Sectio alta gemacht, dann ist Seitenlage, sonst Rückenlage einzunehmen. Der Stuhl wird 2—3 Tage angehalten; viel Getränk, am besten Wasser mit Citronensaft. Kann nach 8—14 Tagen Patient ohne Verweilkatheter urinieren, dann wird dieser fortgelassen; Patient kann aufstehen Die Spülungen mit Argentum nitricum werden fortgesetzt, bis der Urin klar geworden; ist die Trübung durch Bact. coli bedingt, dann ist Argentum nitricum machtlos. Wo es geht, wird Cystoskopie und Ureterenkatheterismus vorausgeschickt; eine vorhandene Pyelitis muſs vorher ausgeheilt werden. Sehr lange Dauer, heftige Schmerzen, starker Drang, Renitenz gegen die übliche Behandlung geben die Indikationen für das Kurettement der Blase. Von acht genau mitgeteilten Fällen werden sechs (= 75%) geheilt entlassen. Bei einem Falle, in dem in erster Reihe eine Pyelitis bestand, die Blasenerscheinungen gering waren und nur cystoskopisch Wucherungen der Blasenschleimhaut festgestellt werden konnten, trat vorübergehend etwas Besserung ein. (Es bliebe doch zu entscheiden, in wieweit lediglich die Eröffnung und Drainage der Blase allein an den guten Resultaten beteiligt sind. D. Ref.)

Über die Urethrotomia externa nach der Methode von Henry Morris und über ihre Sonderheiten im Vergleich zu den anderen Methoden derselben Operation bei Behandlung der inoperablen Harnröhrenstrikturen, von A. A. Wrordenski. Wo zur Urethrotomia externa eine Sonde durch die Striktur nicht durchgeführt werden kann, geht Wheelhouse so vor, daſs er vor der Striktur die Harnröhre öffnet, Cork so, daſs er sie hinter der Striktur öffnet. Beide suchen dann von den gesetzten Wunden aus die Striktur zu spalten; für die Spaltung von hinten

nach vorne tritt besonders Henry Morris ein; wenn auch die dazu geeigneten Fälle nicht häufig sind. Verfasser bespricht an der Hand der Litteratur und eigener Krankengeschichten die Operationsmethoden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

American Journal of Dermatology and genito-urinary diseases.

1901. No. 4. Juli.

1. **Das Ekzem und seine Behandlung,** von E. A. Fischkin-Chicago. Was die Ätiologie des Ekzems betrifft, so polemisiert Verfasser gegen des alten Hebra bekanntes Experiment, der durch Aufstreichen von Krotonöl auf die Haut alle Symptome des Ekzems hervorrufen konnte und auch Ekzem hervorgerufen haben wollte. Das sei kein Ekzem gewesen, sondern eine mit der Entfernung der Noxe abklingende Hautentzündung. Ebensowenig wie chemische Einflüsse will Verfasser mechanische Faktoren bei der Ekzementstehung anerkennen. Ebenso wie ein drückender Kragenknopf nicht die Ursache einer an dieser Stelle auftretenden syphilitischen Papel sein könne, so sei auch eine mechanische Reizung nicht die Ursache eines Ekzems. Auch die französische Schule mit ihrer diathetischen Erklärung der Ekzementstehung (Auftreten von Papeln und Bläschen nach subcutanen Einspritzungen von Harnsäure) befinde sich auf falschem Wege. Dazu müfsten die krankmachenden, ekzematogenen Substanzen erst im Blute Ekzemkranker nachgewiesen werden. Mehr Wahrscheinlichkeit gewährt dem Verfasser immerhin die neurogene Hypothese der Ekzementstehung (Jucken, zuweilen symmetrisches Auftreten bei Zahnung und Intestinalstörungen). Doch sprechen auch manche Erwägungen gegen diese Auffassung. Der Verfasser stellt sich vielmehr auf den Standpunkt der parasitären Natur des Ekzems (Auftreten von Papeln und Bläschen auf oft ganz normal aussehender Haut, ohne Erythem; Art der Ausbreitung). An vier Fällen von Ekzem weist Fischkin die Kardinalsymptome, die Unna für die Affektion vindiziert, im klinischen Bilde nach. Was therapeutische Eingriffe anbelangt, so stellt der Verfasser, immer im Hinblick auf die parasitäre Theorie, folgende Leitsätze auf: Im akuten Stadium, während der Reaktion der Zellen gegen die Mikroorganismen und deren Toxine, sind alle stark antiseptischen Medikationen zu vermeiden. Sobald die lymphatische Kongestion der Epidermis — Ödem und Absonderung — eintritt, vermeide man Salben und bevorzuge Pulver. Bei prävalierender Parakeratose beginne man mit reduzierenden Mitteln in Salbenform. Das Gegenteil gilt für das Stadium der Papulation und starken Epithelwucherung. Bei chronischer Infiltration des Epithels und Bindegewebes wende man keratolytische Medikamente als Salben an.

2. **Über die Behandlung der Prostatahypertrophie,** von M. Krotoszyner-San Francisco. Verfasser tritt für eine Kombination der Cystoskopie und Bottinischen Operation, also für ein gleichzeitiges Vornehmen beider Eingriffe, eine Incision unter Kontrolle des Blasenspiegels, ein. Er operierte auf diese Weise 15 Kranke. Nur einer starb an einer direkt mit dem Eingriff zusammenhängenden Krankheit. 60% der Operierten waren so gebessert, dafs man fast von Heilung sprechen kann. Die Blase wird zur Operation mit Borsäurelösung halb vollgefüllt. Der Incisor wird auf 45—50 Ampère erhitzt. 2—3 Tage nach dem Eingriff wird ein Dauerkatheter in der Blase liegen gelassen. Fast in allen Fällen leichte anfängliche Temperaturerhöhung, auch in den ersten Tagen völlige Harnverhaltung.

3. **Eine klinische Studie über Nierenchirurgie,** von Archibald Mac Laren-St. Paul. Die Abhandlung bringt nicht viel neues. Die Nephrorhaphie hält Verfasser für von sehr diskutablem Werte. Höchst wertvoll im Gegenteil scheint ihm die Kombination der modernen Röntgenbeleuchtung mit dem Nierenkatheterismus. Er

empfiehlt auch die Loslösung der Nierenkapsel, Dissektion der Nierensubstanz und Prüfung der Uretheren vom Nierenbecken aus öfter vorzunehmen als es bisher geschieht. Es folgt eine kurze Kasuistik.

4. **Cystitis**, von JOHN R. WATHEN. Früher wurde die ammoniakalische Harnbeschaffenheit für Ursache des Blasenkatarrhs gehalten, nach neueren Untersuchungen haben aber 73% aller Cystitiden sauren Urin. Am meisten beteiligt bei cystitischen Prozessen sind der Bacillus ureae, das Bacterium coli, der Gonococcus, Tuberkel-Typhusbacillus, Staphylococcus albus und aureus und der Proteus vulgaris. Bei akuter Cystitis ergab sich nach BROWN folgendes Verhältnis: Colonbacillus 57%, Staphylococcus albus 19%, aureus 8%; Bacillus pyocyaneus, Typhusbacillus und Proteus etwa je 4%. In Fällen chronischen Blasenkatarrhs: Bacillus coli 55%, Staphylococcus aureus 10, albus 7%, ein unklassifizierter weifser Staphylococcus 13%, Proteus 4%. Alle Fälle von akuter Cystitis aufser einem (Proteus) zeigten sauren Urin, ebenso von 31 Fällen von Cystitis chronica 26, während nur 5 ammoniakalischen Harn aufwiesen. Die Therapie des Verfassers bringt nichts neues.

5. **Die Varicocele und ihre Radikalbehandlung**, von HARRY C. WEBER-Louisville. Nichts bemerkenswertes.

6. **Autointoxikation durch Insufficienz der Nieren mit und ohne Nierenerkrankung**, von JAMES T. JELKS-Hot Springs. Der Verfasser verweist darauf, wie viele von den Nieren ausgehende Erkrankungen — mögen nun gleichzeitig organische Affektionen dieser Organe bestehen oder nicht — auf einer renalen Insufficienz, auf einer Verminderung der Ausscheidung fester Harnbestandteile beruhen. Von den in normalen Tagen zur Ausscheidung gelangenden soliden Bestandteilen gelangen zwischen vierzigsten und fünfzigsten Lebensjahre 10%, zwischen dem fünfzigsten und sechzigsten Jahre 20%, vom sechzigsten bis siebzigsten Jahre 30% in Wegfall. Diese Mengen gelangen ins Blut und schaffen allerlei Störungen im Organismus. Gewarnt werden mufs in allen solchen Fällen vor Darreichung von Kaliumsalzen (Bromkalium, Kaliumacetat oder -Citrat). In einem Falle renaler Insufficienz veranlafste Verfasser durch Bromkalium urämische Anfälle. Angebracht sind vielmehr salinische Purgantien, Salzinfusionen oder -Einläufe, Digitalis und Milch.

7. **Die harnsaure Diathese**, von J. H. SALISBURY-Chicago. (Wird nach Erscheinen der Fortsetzung besprochen werden.)

8. **Die Behandlung des Ekzems**, von S. C. MARTIN jr.-St. Louis. Der Verfasser glaubt weder an die parasitäre noch an die mechanische, chemische oder thermische Entstehungshypothese des Ekzems, sondern nimmt den Standpunkt der französischen Schule ein. Hieraus ergiebt sich auch seine Therapie, die sonst nur bekanntes enthält.

Hopf-Dresden.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1901. Heft 6.

Beitrag zum Studium des Erythema induratum BAZIN, von UMBERTO MANTEGAZZA-Cagliari. Nach eingehender Erörterung der einschlägigen Litteratur teilt der Verfasser zwei Fälle von Erythema induratum mit, die zwei junge Mädchen im Alter von 12 und 15 Jahren betrafen. Im ersteren Fall bestand neben dem Erythem noch Skrofuloderma des Halses; im zweiten waren die Halsdrüsen geschwollen und die rechte Lungenspitze verdächtig. Bei beiden Patientinnen konnte eine Biopsie der pathologischen Gebilde am Unterschenkel vorgenommen werden. In allen Präparaten fanden sich Veränderungen, die auf Meso- und Periarteriitis hinwiesen; die Gefäfswände waren von Leukocyten infiltriert; in einzelnen Gefäfsen fanden sich auch ent-

sündlich-nekrotische Thromben. Kleine Hämorrhagien waren nichts seltenes; auch die Venen waren an dem Prozefs beteiligt. Ferner wurden an der Grenze zwischen Cutis und Subcutis kleine Zellinfiltrationen beobachtet, die im Centrum eine oder mehrere Riesenzellen mit zahlreichen Kernen enthielten; um diese Riesenzellen lagerten epitheloide Zellen, Plasmazellen und Lymphkörperchen, so dafs wir also richtige tuberkulöse Granulome vor uns haben.

In seinen weiteren Ausführungen kommt M. alsdann zu dem Schlufs, dafs das Erythema induratum eine Varietät des Skrofuloderma darstelle. Eine hübsche farbige Tafel dient zur Erläuterung des histologischen Befundes.

Über eine chronische Ulceration des Gesichts als Vorläufer einer Tabes dorsalis, von G. Thibierge. Der hier mitgeteilte Fall betraf einen 65jährigen Herrn, der mit 21 Jahren Syphilis erwarb und bei dem seit fünf Jahren tabetische Symptome bestehen. Die zu beschreibenden Gesichtsveränderungen sind aber schon 25 Jahre alt, traten also schon 20 Jahre vor dem Ausbruch der Tabes auf.

Die Ulcerationen begannen mit einem kleinen Knötchen links von der Spina narium und haben sich allmählich auf die linke Oberlippe, den linken Nasenflügel und die Schleimhaut der linken Nase ausgedehnt. Sie bestehen aus einer flachen, kaum 1 mm tiefen Geschwürsfläche mit glattem, roten Grund, die nur wenig Serum absondert, die Haut am Rande des Geschwürs ist weder geschwollen noch gerötet noch schmerzhaft. Die Ulceration hat den Kranken in keiner Weise belästigt.

Dann traten vor fünf Jahren zuerst Sehstörungen ein, Strabismus divergens, bedingt durch Lähmung des linken M. rectus internus; Ptosis links und stark herabgeminderte Sehschärfe; dazu gesellten sich heftige Gesichtsschmerzen, die auch die rechte Seite nicht verschonten und lanzinierende Schmerzen im linken Oberschenkel. Zur Zeit besteht in der linken Gesichtshälfte eine vollkommene Anästhesie in Bezug auf Berührung, Schmerz und Temperatur; aufserdem Pupillenstarre und Geschmacksveränderungen. Sämtliche Zähne sind in kurzer Zeit schmerzlos ausgefallen. Die übrigen tabetischen Symptome sind mehr untergeordneter Natur.

Aufser diesem Fall besteht in der Litteratur nur noch eine entsprechende Mitteilung von Giraudeau, mit der Th. uns auszugsweise bekannt macht; bei diesem Patienten traten die Ulcerationen im Gesicht neun Jahre vor den übrigen tabischen Erscheinungen auf. *Türkheim-Hamburg.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1901. Heft 6.

1. **Über die gewöhnlichen Formen der Nierentuberkulose und die Indikationen der Nephrektomie**, von F. Legueu. Klinische Vorlesung, in der die Symptome der Nierentuberkulose und die Indikationen der Nephrektomie bei derselben besprochen werden. Die letztere ist nach Ansicht des Verfassers nur dann am Platze, wenn die Vergröfserung der erkrankten Niere trotz entsprechender medikamentöser und allgemeiner Behandlung zunimmt oder wenn trotz Überernährung Abmagerung zu konstatieren ist, ferner in Fällen, in denen Hämaturien oder starke Schmerzen auftreten. Dagegen kann man in Fällen, die unter energischer Allgemeinbehandlung stationär bleiben, ruhig zuwarten. Kontraindiziert ist die Nephrektomie nur, wenn auch die andere Niere tuberkulös oder sonstwie erkrankt ist. Tuberkulose der Blase oder der Lungen bildet keine Gegenindikation: solche Prozesse werden vielmehr durch die Entfernung einer tuberkulösen Niere zumeist in der günstigsten Weise beeinflufst.

2. **Über den Wert der Cystoskopie für die Diagnose der Tumoren der Ureteren und für die Wahl der Operation bei fixierten Blasensteinen,** von Pierre Hérescu-Bukarest. Dafs bei manchen Affektionen von allen Untersuchungsmethoden die Cystoskopie allein die Stellung der richtigen Diagnose ermöglicht, beweist folgender Fall. Es handelte sich um einen 32jährigen, hochgradig nervösen Mann, bei dem seit 10 Jahren in Zwischenräumen von 3—4 Monaten heftige rechtsseitige, längs des Ureters nach der Blase zu ausstrahlende Nierenkoliken auftraten. Die Zahl der Urinentleerungen war bedeutend vermehrt, die Miktionen erfolgten in ganz unregelmäfsigen Zwischenräumen. Daneben bestand andauernd starke Phosphaturie. Die Kapacität der Blase war sehr grofs, ihre Sensibilität und Kontraktilität bedeutend vermindert. Die Diagnose lautete: psychopathische Pollakiurie und Phosphaturie bei einem Neurastheniker. Die Koliken wurden auf das Vorhandensein von Nierenkonkrementen zurückgeführt. Bei der cystoskopischen Untersuchung nun fand sich an der Mündung des rechten Ureters ein maiskorngrofser, gestielter Polyp, dessen Insertion im Ureter selbst gelegen sein mufste; denn der Tumor ragte bald frei in das Blasenlumen hinein, bald zog er sich vollständig in das Innere des Ureters zurück. Dieser Tumor, der exstirpiert wurde und sich als Adenopapillom erwies, war die Ursache der Nierenkoliken: wenn er in den Ureter zurücktrat, bewirkte er durch mechanische Behinderung des Urinabflusses eine akute Urinretention mit Ausdehnung des Ureters und des Nierenbeckens. Solche akute Retentionen und Distensionen erzeugen, wie mehrfach experimentell nachgewiesen wurde, kolikartige nach der Blase zu ausstrahlende Schmerzen in der betreffende Niere.

Dafs bei Blasensteinen, die in Blasenzellen eingeschlossen sind, nicht die Lithotripsie, sondern die Sectio alta indiziert ist, dafs andererseits das Vorhandensein eines fixierten Blasensteins mit Sicherheit nur durch die cystoskopische Untersuchung festgestellt werden kann, ist bekannt. Ein hierher gehöriger Fall giebt dem Verfasser Veranlassung, neuerdings auf den Wert, den die Cystoskopie in dieser Beziehung hat, hinzuweisen.

3. **Über die Nierenkontusion und ihre Behandlung,** von Paul Delbet. Fortsetzung im nächsten Heft.

4. **Der Downessche Urin-Segregator (Separate Urine-Siphon),** von G. Nicolich-Triest. Der Verfasser hat den Downesschen Urin-Segregator, über den in diesen Blättern bereits referiert wurde (cf. Band 32, pag. 635) in vier Fällen angewendet. Die Fälle betrafen einen Mann und drei Frauen, und zwar handelte es sich um eine rechtsseitige Pyonephnosis calculosa, eine doppelseitige Nierentuberkulose, eine hämorrhagische Nephritis und eine aus der linken Niere stammende Hämaturie. Das Instrument funktionierte in allen Fällen vollkommen zuverlässig und genau, der Urin der beiden Nieren wurde stets getrennt aufgefangen und nach aufsen geleitet; den Beweis dafür erbrachte im ersten Falle der Erfolg der Nephrektomie, im zweiten das Ergebnis der Nekropsie, im dritten die Untersuchung des mittelst Katheterisierung eines Ureters getrennt aufgefangenen Urins, im vierten Falle endlich wieder der Erfolg der Nephrektomie. Diesen Erfahrungen zu Folge kann der Verfasser den Gebrauch des Instruments bestens empfehlen, umsomehr, da seine Anwendung keinerlei Schwierigkeiten macht und keine spezialistischen Fertigkeiten voraussetzt und für den Patienten absolut gefahrlos ist. Allerdings kommen auch Fälle vor, in denen das Instrument versagt: so erhielt der Verfasser bei einer Frau nur aus einer Röhre Urin, vermutlich infolge asymmetrischer Lage der Ureterenmündungen; bei einer anderen Frau machten alte Operationsnarben die Einführung des Scheidenteils unmöglich.

Göts-München.

Journal des maladies cutanées et syphilitiques.

1901. Heft 5.

Trichophytiasis und Mikrosporon bei Mensch und Tier, von A. Coffin. Diese Arbeit giebt eine Zusammenstellung alles dessen, was bis jetzt über die Trichophytiasis bekannt und anerkannt ist.

Man nimmt jetzt allgemein drei Arten von Trichophyton an: den Tr. endothrix, den Tr. ektothrix und den Tr. endo-ektothrix. Ersterer kommt ausschliefslich beim Menschen und hier fast nur bei Kindern vor. Die zweite Art, die verschiedene Varietäten unterscheiden läfst, lebt ursprünglich auf Tieren, ist von diesen aber auf Menschen übertragbar und erzeugt bei ihm die verschiedenartigsten Dermatosen, erythematöse, squamöse, erythemato-vesikulöse und selbst eitrige Formen. Von den Tieren kommen in dieser Beziehung vorzüglich Pferd und Rind in Betracht und mannigfach sind die trichophytären Erkrankungen, welche durch diese Tiere beim Menschen vermittelt werden. So erzeugt der Pferdetrichophyton beim Menschen je nach seinem Sitz Erythem oder Follikulitis, Kerion Celsi oder Sykosis parasitaria, Formen, die, sich selbst überlassen, keine Neigung zur Heilung zeigen. Dieser Pferdetrichophyton ist aber kein einheitlicher Organismus; ein französischer Autor unterscheidet vier Arten desselben. Über den Rindertrichophyton liegen gleichfalls interessante Erfahrungen vor; ihm werden die trichophytären Onychomykosen und die Trichophytiasis palmaris et plantaris zugeschrieben; auch die so seltene Form Trichophytiasis ciliarum soll ihr Werk sein.

Unter den kleineren Haustieren stehen Hund, Katze, Ziege, Hammel und Schwein in starkem Verdacht, die Trichophytie auf den Menschen zu übertragen; nach vielen Autoren sollen sie auch schon überführt sein. Unter dem Geflügel vermögen die Hühner die Krankheit dem Menschen zu übermitteln.

Vom Mikrosporon Audouini giebts ebenfalls verschiedene Varietäten; dieser Pilz kommt nicht nur beim Kinde vor, wo er die Ursache des Herpes tonsurans abgiebt, sondern man hat ihn auch schon beim Pferd und Hund beobachtet. Ein französischer Autor hat mit dem von einem Kinde stammenden Mikrosporon Kaninchen, Meerschweinchen und Pferd erfolgreich geimpft. Nur heilten hier die Erscheinungen viel schneller aus als bei den Kindern.

Ein dritter Fall von Lupus erythematosus mit Riesenzellen, von Ch. Audry. Es handelte sich in diesem Fall um den Lupus erythematosus einer 45jährigen Frau, der operativ entfernt wurde. In einem der vielen Schnitte fand A. drei Riesenzellen, die in der subepithelialen Cutis ganz frei im Bindegewebe lagerten. Dieser Befund stärkt ihn weiter in seiner Auffassung von der tuberkulösen Natur des Lupus erythematosus.

Epitheliomatosis juvenilis der äufseren Geschlechtsteile, von Ch. Audry. Der Fall betraf einen Arzt, bei dem sich frühzeitig unter einer sehr engen Phimosis kleine Tumoren bildeten, die klinisch als Papillome, histologisch aber als Epitheliome imponierten. Chirurgische Eingriffe, teils von dem Patienten selber unter Kokaineinwirkung ausgeführt, hatten anfangs Erfolg. Die Massen wucherten aber in immer gröfserem Umfange nach und füllten allmählich die ganze Fossa iliaca dextra aus, nach aufsen durch die Plica inguin. dextra durchbrechend. Patient hatte bis etwa vier Jahre vor seinem Tode seine Praxis besorgt, er starb ungefähr 35 Jahre alt.

Türkheim-Hamburg.

Bollettino delle malattie veneree, sifilitiche e della pelle.
1901. Heft 2.

Über andere möglichen Ansteckungsquellen der Lepra, von Gravagna-Catania. Nachdem Verfasser an der Oberfläche von frischen und älteren Lepromen den Hansenschen Bacillus nachgewiesen hatte, während ihm dies an Stellen, wo keine Leprome vorhanden waren und niemals bestanden hatten, niemals gelang, hat Fisichella Untersuchungen in demselben Sinne fortgesetzt und den Bacillus unter den Fingernägeln, im Nasenschleime, in den Schnurrbarthaaren, in der Leibwäsche nachgewiesen. Es war vorauszusehen, dafs der Infektionsquellen noch eine ganze Reihe sein mufsten. Es stellte sich denn auch bald eine Patientin in der Klinik ein, welche aus einer Leproserie auf Malta entwichen war und an den unteren und oberen Extremitäten, sowie im Gesichte eine Menge gröfserer und kleinerer Lepraknoten aufwies. Der erste Knoten war angeblich plötzlich nach einem Schreck aufgetreten. Beim Eintritt in die Klinik hatte die Patientin dem Verfasser eine Anzahl von Goldstücken zur Aufbewahrung übergeben, welche in einem sauberen weifsen Stückchen Stoff eingewickelt waren. Verfasser verfiel nun auf den Gedanken, diese Goldstücke zu untersuchen und konstatierte, dafs auf der Oberfläche der Münzen typische Leprabacillen vorhanden waren, während der bakteriologische Befund bei anderen Goldstücken, welche mit den ersteren nicht in Kontakt gekommen waren, vollständig negativ ausfiel. Diese letzteren übergab er sodann der Patientin mit der Aufforderung, sie bald in den Händen zu halten, bald in einem reinen Läppchen aufzubewahren. Es zeigte sich, dafs auch sie nach einem Monate charakeristische Bacillen auf ihrer Oberfläche zeigten. Die prophylaktische Bedeutung dieser Thatsache liegt auf der Hand.

Ein wichtiger Fall von Area Celsi, von Pantaleoni. Derselbe betrifft eine 40jährige Frau, bei der sich eine permanente Alopecia areata mit je einer kahlen Plaque auf jeder Schläfe einstellte. Zweimal verschwanden diese Plaques ganz spontan im Verlaufe der beiden Schwangerschaften, um gleich nachher wieder zu erscheinen. Zweimal verbreitete sich der Prozefs dann weiter über den ganzen Haarboden; dieser sekundäre Haarausfall konnte aber durch die Therapie bekämpft werden. Verfasser hält die Alopecia areata in diesem Falle für trophoneurotischer Natur. Im übrigen will er sich aber weder exklusiv auf die Seite der Wiener, noch auf diejenige der französischen Schule in Bezug auf die Pathogenese der Affektion stellen und ist der Ansicht, dafs unter demselben klinischen Bilde zwei verschiedene Affektionen verlaufen können, von denen die eine trophoneurotischer, die andere parasitärer Natur ist.

Die Syphilis des Hodens, von d'Amato. Verfasser beschreibt die Formen, unter denen die Hodenlues verläuft: die Epidymitis secundaria, welche eine gutartige Affektion der Sekundärperiode ist, und die Sarcocele syphilitica, eine tertiäre und spätere Erscheinung. Sodann bespricht er die Differentialdiagnose unter besonderem Hinweis auf die Tuberkulose des Hodens, welche am leichtesten mit der Syphilis dieses Organs verwechselt werden kann.

Herpes genitalis. Es wird die Beschreibung dieser Dermatose gegeben, welche vom recidivierenden Herpes und dem Herpes progenitalis getrennt wird. Sodann folgt eine Aufzählung der zahlreichen Behandlungsmethoden, welche bei derselben empfohlen wurden. *C. Müller-Genf.*

Bücherbesprechungen.

Funktionelle Nierendiagnostik mit besonderer Berücksichtigung der Nierenchirurgie, von Leopold Casper und Paul Friedrich Richter. (Urban & Schwarzenberg, Berlin und Wien 1901.) Die Wichtigkeit einer Feststellung der funktionellen Leistungen der Nieren für die interne Medizin und noch mehr für die chirurgische Behandlung erkrankter Nieren ist ohne weiteres einleuchtend. Es ist deshalb durchaus zeitgemäfs, wenn Verfasser, gestützt auf die grofsen Fortschritte, die auf diesem diagnostischen Gebiete gerade die letzten Jahre gebracht haben, und auf ihre eigenen Untersuchungen, eine zusammenfassende Darstellung geben. Ihr Thema, wie sie es am Schlusse des einleitenden Kapitels über die Bedeutung der funktionellen Diagnostik geben, lautet:

1. Wie verschaffen wir uns eine Vorstellung von der Gröfse der gesamten Nierenarbeit, und wie können wir schliefsen, ob diese Arbeit eine für den Organismus sufficiente oder insufficiente ist?

2. Wie gewinnen wir einen Einblick in die Art der Arbeitsteilung der beiden Nieren, wie stellen wir fest, wie grofs die Arbeit jeder einelnen Niere ist?

Für die Chirurgie handelt es sich zunächst um die Feststellung, ob zwei Nieren vorhanden sind oder nur eine Solitärniere, was, wie die Verfasser kasuistisch beweisen, nicht selten vorkommt. Injektion, Palpation, Aktinographie beweisen wenig, die Cystoskopie schon mehr, aber ausschlaggebend ist das Resultat auch nicht; am nächsten führt uns dem Ziele der Ureterenkatheterismus, wo er ausführbar ist. Die Abtastung der zweiten Niere nach einem chirurgischen Eingriffe ist natürlich gefährlich und auch nicht absolut sicher entscheidend. — In gegebenem Falle wird man alles aufbieten, um über das Vorhandensein einer zweiten Niere Klarheit zu bekommen. Dann aber wird man auch festzustellen haben, in wie weit die vorhandene zweite Niere auch funktionsfähig ist. Die oft zu diesem Zwecke geübte Durchschneidung derselben ist ein viel zu schwerer Eingriff, der durchaus nicht immer die gewünschte Klarheit bringt. — Das dritte Kapitel ist den Methoden zur Bestimmung der Nierensufficienz gewidmet. Zunächst kommt die Bestimmung der Stickstoffausscheidung in Frage; nach den Verfassern sagt aber die Feststellung einer Stickstoffretention nichts über die Leistungsfähigkeit der Nieren aus. Dasselbe gilt von der Bestimmung der Chloride. Auf physikalischem Wege hat man versucht, die Frage durch Bestimmung der molekulären Konzentration des Harns aufzuklären, welche wiederum durch Gefrierpunktsbestimmung (Kyoskopie) festgestellt wird. Verfasser gehen näher auf die neueren, diese Frage betreffenden Arbeiten ein und sprechen der Kyoskopie einen erheblichen diagnostischen Wert zu. Wichtiger aber wird noch die Bestimmung der molekulären Bestimmung des Blutes sein, da wir daraus ein Bild von den retinierten Stoffen erhalten. — Das Studium der Ausscheidung künstlich in den Organismus eingeführter Substanzen, besonders des Methylenblau, als Mafsstab der Nierenfunktion, hat ja manches Interessante gebracht, aber eine wertvolle Methode zur allgemeinen Funktionsprüfung haben wir nicht dadurch gewonnen. — Auch die dermische Thätigkeit der Nieren hat man als Mafsstab für die Nierenfunktion zu benutzen gesucht, so die synthetische Herstellung der Hippursäure und Benzoesäure und Glycocoll und die Zuckerausscheidung nach Phloridzin. Letztere hat sich als sehr geeignet erwiesen, die Gröfse der Arbeit jeder einzelnen Niere zu bestimmen. Wenig wert für die Bestimmung der Nierenleistungsfähigkeit hat sich die Prüfung der Harntoxicität an Tieren

erwiesen. Verfasser kommen dann zurück auf die schon erwähnte Bestimmung der molekulären Konzentration des Blutes für die Feststellung der Nierensufficienz. Diese von A. v. Koranyi eingeführte, technisch leichte Methode wird für sehr wertvoll erklärt. Eine Erhöhung der molekulären Konzentration des Blutes spricht im allgemeinen für eine Erkrankung beider Nieren. Eine normale Blutkonzentration läfst eine Niereninsufficienz mit Wahrscheinlichkeit ausschliefsen. Vorsicht bei Deutung der Befunde ist sehr notwendig. — Der nächste Abschnitt behandelt die Bestimmung der Funktion jeder Niere, wobei die eben geschilderten Methoden im Verein mit dem Ureterenkatheterismus zur Verwendung kommen. Die Anschauungen, zu denen die Verfasser, welche auch kasuistisch über ihre Untersuchungen eingehend berichten, gelangen, erhellen aus der folgenden Wiedergabe ihrer Schlufsfolgerungen:

1. Die Insufficienz der Nieren läfst sich aus der Untersuchung des Nierensekretes allein nicht feststellen. Die einzig theoretisch begründete Methode hierfür ist die Untersuchung der molekulären Blutkonzentration nach Koranyi. Es wird Aufgabe der Nierenchirurgie sein, in gröfserem Umfange als bisher die Grenzen dieser Methode und die praktische Verwertbarkeit zu prüfen.

2. Dagegen läfst sich aus dem Nierenprodukt, dem Harn, die Gröfse der Arbeit jeder Niere (funktionelle Nierendiagnostik) bestimmen, aber nur mit Hülfe des Ureterenkatheterismus. Die in Anwendung kommenden beweiskräftigen Methoden hierfür sind:

a) Die quantitative Bestimmung einzelner chemischer Bestandteile in dem getrennt aufgefangenen Nierensekret, insbesondere des Stickstoffs.

b) Wertvoller als diese erweist sich die Bestimmung der molekulären Konzentration des Sekretes jeder Niere.

c) Den allgemeinen Indikator für die Gröfse der Nierenfunktion liefert die Phloridzinmethode, d. h. die quantitative Bestimmung der nach Phloridzininjektion von jeder Niere ausgeschiedenen Zuckermenge.

d) Besonderen Wert legen wir auf die Übereinstimmung dieser Indikatoren, in denen namentlich die zwischen den Resultaten der Gefrierpunkts- und Phloridzinmethode eine sehr ausgesprochene ist.

e) Es ist für diese Methode nicht erforderlich, den Harn aus beiden Nieren, eventuell aus einer Niere und Blase, während einer längeren Zeitdauer getrennt aufzufangen, sondern es genügt, da es sich nur um Vergleichswerte handelt, hierfür die kurze Zeit von 10 bis 20 Minuten.

Dieses kurz der Inhalt des Buches, welcher allen, die das in Rede stehende Gebiet bearbeiten, eine Fülle von Belehrungen und Anregungen bietet.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Prophylaxe bei Krankheiten der Harnwege und des Geschlechtsapparates des Mannes, von Albrecht Frhr. von Notthafft und Arthur Kollmann. (*Handb. d. Prophylaxe.* Abt. IX. Seitz & Schauer, München 1901.) Es liegt in der Natur des Themas, dafs die Erörterungen bei der vorliegenden Behandlung der Prophylaxe der Erkrankungen der Harnwege und des Geschlechtsapparates beim Manne alle möglichen Fragen streifen kann. Der allgemeine Teil bringt etwas über Albuminurie, Hydrops, Urämie, um dann auf die Prostitutionsfrage, die Onanie, allerlei sexuelle Sünden und endlich gar die Desinfektion der ärztlichen, für die Harnwege gebrauchten Instrumente einzugehen. Etwas bunt, wohl nach dem Grundsatze: „Wer vieles bringt, wird jedem etwas bringen.“ Die spezielle Prophylaxe behandelt nacheinander alle Leiden des männlichen Urogenitalapparates, wobei naturgemäfs die eigentliche Therapie in den Vordergrund tritt. (Bei der Prophylaxe der Urethritis blennorrhoica vermisse ich sehr die äufsere Desinfektion der Spritze, die oft Reinfektionen bedingt. D. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Irrigationsbehandlung des Trippers, seine örtlichen Komplikationen und Folgen, von Ferd. C. Valentine-New York. (William Wood and Comp., New York 1900.) Die Handbücher der Krankheiten der Harn- und Sexualorgane erwähnen die Irrigationsbehandlung der Blennorrhoe gröfstenteils nur beiläufig. Diese Lücke will Verfasser ausfüllen. Sein Buch ist für die Praktiker geschrieben, die „nicht genügend vertraut sind mit der Anwendung und Technik der Wirkungen bei akuter Blennorrhoe, mit den Vorzügen der Dilatationen und Spülungen bei chronischer Blennorrhoe, mit den Gefahren der ungeheilten Blennorrhoe und den Hilfsmitteln, den Sitz des Krankheitsherdes zu bestimmen, besonders nachdem die äufseren Erscheinungen nachgelassen haben"; endlich will Verfasser die Ärzte dahin drängen, ihren Einfluſs aufzubieten zu gunsten der Verbreitung eines besseren Verständnisses der Krankheit. Verfasser schildert die Symptome, die Untersuchungsmethoden und die Technik der Behandlung in den verschiedenen Stadien der Blennorrhoe sehr ausführlich und klar, stellenweise mit einer fast übertriebenen, peinlichen Genauigkeit, die mit der Absicht des Verfassers, „so kurz als möglich" zu schreiben, nicht immer übereinstimmt. Die Komplikationen und Folgen des Trippers werden in alphabetischer Reihenfolge abgehandelt. Bedenklich erscheint dem Referenten die Empfehlung des Verfassers, während der akuten Erscheinungen bei Epididymitis die Irrigationsbehandlung der Urethra fortzusetzen. Besondere Kapitel sind u. a. der „wiederkehrenden" Blennorrhoe, d. h. den Recidiven kürzere oder längere Zeit nach scheinbarer Heilung, der „Residual"-Blennorrhoe bei Frauen (= latente Blennorrhoe), dem Nachweis der Blennorrhoeheilung und der Heiratsfrage gewidmet. Das sehr gut ausgestattete Buch enthält 57 Abbildungen, die man zum Teil ohne Schaden missen könnte; z. B. sind die einzelnen Thesen der Phimosenoperationen in dreizehn Bildern wiedergegeben! Dagegen sucht man vergebens das mikroskopische Bild des blennorrhoischen Sekretes. Was die Irrigationsbehandlung selbst betrifft, so glaubt Referent nicht, daſs der beschäftigte Praktiker sich je diese Methode zu eigen machen wird; um seine Tripperkranken zweimal täglich selbst auszuspülen, dürfte es ihm an der Zeit fehlen, dem Patienten übrigens ebenfalls, letzteren aufserdem auch wohl an Ausdauer und Geld. *A. Loewald-Cassel.*

Die Lepra im Dongebiete. Ein Atlas, herausgegeben von A. Grünfeld-Odessa mit Einladung von Lassar-Berlin. (August Hirschwald, Berlin 1901.) Die im vorliegenden Atlas vereinigten Abbildungen von Lepraerkrankungen aus dem Dongebiete nebst der sehr kompendiösen textlichen Darstellung bietet gewissermaſsen einen für die gröfsere ärztliche Öffentlichkeit bestimmten und durch zahlreiche bildliche Beispiele instruktiv und nachhaltig wirkenden Auszug aus des Verfassers ausführlichen Arbeiten, die in den Mitteilungen und Verhandlungen der Internationalen wissenschaftlichen Leprakonferenz enthalten sind. Der Atlas umfaſst 50 Tafeln mit je 2 Abbildungen, die recht gut gelungen sind. Das Gebiet, welches von Grünfeld beobachtet worden ist, entspricht dem Bezirke von Rostow am Don, welcher südlichste Teil des Dongebiets ist und westlich ans Asowsche Meer grenzt. Diese Gegend von Awa, 370000 Einwohnern auf 120 Quadratmeilen, ist besonders stark mit Lepra infiziert. Die Einwohner der jedes Frühjahr durch groſse Überschwemmungen heimgesuchten Gegend, beschäftigen sich mit Fischerei und Ackerbau. Nach Plachow (1841) soll die Lepra hier am Ende des 18. Jahrhunderts aufgetreten sein, schon damals habe man eine Leproserie erbaut, welche zu Plachows Zeiten innerhalb fünf Jahren 42 Leprakranke aufgenommen habe. Er sowohl wie andere Ärzte des Dongebiets (1865) waren Anhänger der hereditären Theorie. Das Asyl wurde bald geschlossen. Erst 1883/84 bereiste Münch das Dongebiet und fand hier 54 Lepröse.

Bei Beginn der vorliegenden Untersuchungen Grünfelds waren 78 Leprakranke registriert, von denen sich 69 im Rostower Bezirk befanden. Sämtliche, außer drei Frauen und einem Manne, sind Arbeiterbevölkerung. Das Alter schwankt zwischen 11 und 76 Jahren, das Verhältnis von Männern zu Frauen ist wie 8:5. Alle Ergebnisse des Verfassers sprechen für die kontagiöse Natur des Leidens. — Erkrankung der Mutter nach der Tochter (Tafeln 24—26), Erkrankung zuerst der Tochter, dann der Mutter, dann des Vaters (Tafeln 21—23). Nicht selten bringen lepröse Frauen gesunde Kinder zur Welt. Der Häufigkeit der Lepraformen nach ist die tuberöse vorherrschend; makulöser und anästhetischer Typus viel seltener. Jeder Tafel des Atlasses sind Krankengeschichten beigegeben. Am instruktivsten sind die Abbildungen der wahrhaft entsetzlichen Mutilationen der Lepra. (Bilder No. 70, 77—79, 89—90, 93—94, 97—100.) Lassar giebt dem ganz vortrefflichen und weiteste Verbreitung verdienendem Werke als Einleitung eine Übersicht über Wesen, Entstehung und Verteilung der Lepra auf der Erde mit auf den Weg. von Petersens Verdienst bleibt es, die russische Regierung auf die Verbeitung der Lepra in Rußland aufmerksam gemacht zu haben. Eine 1895—97 angestellte Registrierung ergab für das ganze große russische Reich 1200 Lepröse, davon allein 793 auf seinen europäischen Anteil (Livland 338, Kurland 134, Esthland 45, Kaukasus 251, Centralasien 85, Sibirien 71. Ohne Zweifel bleibt diese Statistik jedoch weit hinter der Wirklichkeit zurück. Lassar teilt zum Schlusse die ungefähre Zahl der Leprakranken für einzelne Länder und Städte mit, wie sie die neuesten Forschungen berechnen. Demnach entfallen allein auf Konstantinopel 5—600, Rumänien über 200, (nur je 3 in Serbien und Bulgarien), Bosnien-Herzegowina 133, Island 119, Norwegen 680, Schweden 70, Griechenland 40, Italien 200, Portugal 466, Spanien 1200, Frankreich 200, England 50, Belgien 4, Holland 17, Deutschland 32, Schweiz 2, in ganz Europa rund 5000 Fälle von Lepra.

Hopf-Dresden.

Die Photographie im Jahre 1901, von G. Aarland. (Seitz & Schauer, München 1901.) Bei der großen Rolle, welche der Photographie in der Medizin zukommt, ist ein Heftchen sehr willkommen, welches unter besonderer Berücksichtigung der Medizin alle wertvollen Neuheiten auf photographischem Gebiet in Wort und Bild kritisch den Lesern vorführt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Hygiene.

Über die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten unter den Studenten, von W. Scholtz-Breslau. (*Münch. med. Wochenschr.* 1901. No. 25.) Der Verfasser, der zur Zeit an der dermatologischen Universitätsklinik zu Breslau die „Studentensprechstunde für Haut- und Geschlechtskrankheiten" abhält, kann bereits einen praktischen Erfolg des bekannten Aufrufes deutscher Hochschullehrer konstatieren. Die geschlechtlich erkrankten Studenten begeben sich seit Verteilung dieses Aufrufes entschieden früher in Behandlung, brechen dieselbe viel seltener vorzeitig ab, befolgen die gegebenen hygienisch-diätetischen Vorschriften gewissenhafter und nehmen die venerischen Erkrankungen überhaupt viel ernster. Ob auch die Zahl der Geschlechtskrankheiten jetzt abnimmt, darüber ist ein Urteil zur Zeit noch nicht möglich. Not-

wendig ist es zur weiteren Bekämpfung der venerischen Krankheiten, an allen Universitäten genügende Sprechstunden für geschlechtskranke Studenten einzurichten und durch öffentliche Vorlesungen Aufklärung über die Bedeutung und Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten unter den Studenten zu verbreiten. *Göts-München.*

Die venerischen Krankheiten in Ägypten, von Rabitsch Bey. (*Wien. med. Wochenschr.* 1900. No. 36 etc.) Nach einer Einleitung, behandelnd das Alter der Syphilis, schildert Verfasser zunächst die von ihm bei venerischen Krankheiten geübte Therapie. Daraus ist bemerkenswert, dafs eine gesättigte Tannin-Glycerinlösung bei Balanitis als Specificum bezeichnet wird. Bei Epididymitis werden 6—12 Blutegel in der Leistengegend sehr empfohlen. Schanker werden alle 24—48 Stunden mit 20% Cupr. sulfur. geätzt und mit 10% Karbolöl verbunden; zuweilen wurde auch Kalium causticum (2—4%) verwendet. Jodkalium wurde morgens früh und abends spät gegeben, drei Stunden vorher und nachher durfte nichts gegessen werden. Das rote Präcipitat wurde zu 0,01—0,02—0,03 pro die in Pillen nach der Mahlzeit gegeben, besonders wo periculum in mora war; niemals unangenehme Nebenwirkungen; Heilwirkung in 6—8 Tagen. — 10% alkoholische Sublimatlösung dient zur Ätzung von nässenden Papeln. — Zur Verstärkung der 10% weifsen Präcipitatsalbe ist der Zusatz von 10% Sublimat oft zu empfehlen. — Auf eine tabellarische Statistik und eine Reihe von Krankengeschichten folgen dann ausführliche Erörterungen der verschiedenen Leiden, woraus hervorzuheben ist, dafs Verfasser bei Phimosis die Cirkumcision ausführt, und zwar ohne Narkose und ambulant. Er schiebt die Penishaut zurück, spaltet die innere Lamelle an der dorsalen Seite mit der Schere, durchtrennt das Frenulum und trägt dann die Seitenteile mit der Schere ab. Keine Naht; Umwickelung mit in Karbolöl getauchtem Lint. — Unter 355 Syphilisfällen war in 70 der Locus infectionis nicht zu finden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Haut.

Untersuchungen über die Absorption durch die Haut, von Pesci und Andres. (Bericht des k. lombardischen Institutes für Wissenschaft und Litteratur, Juni 1900.) Auf Grund von Experimenten an Fröschen, einigen anderen Tieren und dem Menschen mit Bädern von gewöhnlichem und salzhaltigen Wasser gelangten die Verfasser zum Resultate, dafs die Haut lebender Wesen, welche ganz oder teilweise in die genannten Flüssigkeiten getaucht werden und darin eine gewisse Zeit lang verbleiben, sich wie eine halbpermeable Membran verhält. Diese Permeabilität ist jedoch eine sehr komplexe Erscheinung, indem neben der Plasmolyse, die Imbition und Kapillarität in Frage kommen. Die Diffusionsverhältnisse der Flüssigkeiten in Organismen sind aufserdem abhängig von der histologischen Natur der Gewebe, die von Spezies zu Spezies, von Individuum zu Individuum und je nach dem Alter und dem Geschlechte verschiedene sind. Zu berücksichtigen sind ferner bei den Experimenten eine Reihe anderer Umstände: Zustand des Individuums (gesund oder kachektisch), die Natur der Flüssigkeit, mit welcher experimentiert wird, die Qualität der angewendeten Salze, ihre Konzentration, Temperatur, Druck, elektrische Spannung etc. *C. Müller-Genf.*

Hyaline Degeneration der Haut, von M. Dockrell. (*Brit. med. Journ.* 17. Nov. 1900.) Es handelt sich um ein 20jähriges Mädchen mit einer Anzahl von wachsig durchscheinenden Tumoren unter den Augenlidern. Die mikroskopische Untersuchung ergab eine bisher nicht beschriebene hyaline Degeneration des Hautbindegewebes. *C. Berliner-Aachen.*

Über Sensibilitätsstörungen der Haut bei Erkrankungen innerer Organe, besonders bei Magenkrankheiten, von Hans Haenel-Dresden. (*Münch. med. Wochenschr.* 1901. No. 1.) Vor einiger Zeit hat Henry Head darauf aufmerksam gemacht, dafs bei manchen Erkrankungen innerer Organe scharf begrenzte Hyperalgesien bestimmter Hautpartien auftreten. Diese Erscheinung erklärt Head folgendermafsen: Ein schmerzhafter Reiz, appliziert an einer Stelle geringer Empfindlichkeit, welche mit einer gröfserer Empfindlichkeit in enger centraler Verbindung steht, wird unter Umständen an dieser letzteren stärker gefühlt als an der gereizten Stelle selbst. Werden die gegen mancherlei Reize ziemlich unempfindlichen inneren Organe gereizt, so werden die Reize auf dem Wege des Sympathikus nach einem bestimmten Rückenmarkssegmente geleitet, wo sie in nahe Beziehung zu den in dasselbe Segment eintretenden sensiblen Fasern der Haut treten. Da in diesen ein viel höher entwickeltes Lokalisierungsvermögen besteht, so werden die Schmerzen auf die Körperoberfläche bezogen, statt auf das thatsächlich erkrankte Organ. Es handelt sich also bei den Hauthyperalgesien um reflektierte Schmerzen. Das Vorkommen solcher scharf begrenzter zonenartiger Hyperalgesien der Haut bei inneren Krankheiten fand nun auch der Verfasser bei seinen Untersuchungen bestätigt. Sind derartige Hyperalgesien zu konstatieren, so kann man fast mit Sicherheit annehmen, dafs geäufserte Schmerzen wirklich vorhanden und auf die Erkrankung eines inneren Organes zurückzuführen sind; andererseits beweist ihr Fehlen nichts gegen das Bestehen von Schmerzen und Erkrankungen innerer Organe. Ein Schlufs von der Ausdehnung und Lage der hyperalgetischen Zonen auf das affizierte Organ ist nur dann möglich, wenn die Zonen sich nicht über zu grofse Gebiete erstrecken und bei wiederholter Prüfung stets die gleichen bleiben. Die praktische diagnostische Verwertbarkeit der Headschen Angaben wird übrigens schon dadurch beeinträchtigt, dafs die von ihm ermittelten Hautzonen zum Teil mehreren Organen entsprechen, und dafs fast jedes Organ mit mehreren Hautzonen in Verbindung steht. Bezüglich der Diagnose der einzelnen Magenkrankheiten, besonders des Magengeschwürs, haben sich bestimmte Anhaltspunkte aus den gemachten Beobachtungen nicht ergeben. Die Erkrankungen seröser Häute gehen nicht mit oberflächlicher Hyperalgesie einher. In therapeutischer Beziehung ist die Kenntnis der Reflexhyperalgesie insofern nicht ohne Wert, als man vielleicht durch Einwirkung auf die hyperalgetischen Zonen die inneren Organe wenigstens funktionell beeinflussen kann. Head empfiehlt, die empfindlichen Hautpartien mit Kokainsalbe zu bedecken; der Verfasser erzielte schon mit der Applikation von Senfpflastern gute Erfolge. *Göts-München.*

Zur Frage der Hautveränderungen durch Abdominaltyphus, von Sibirski. (*Russ. Journ. f. Haut- u. ven. Krankh.* Charkow 1901. No. 1.) Verfasser hat bei 44 an Typhus abdominalis Verstorbenen genaue mikroskopische Untersuchungen vorgenommen, die ihn zu folgenden Schlüssen führten:

1. Die von manchen Autoren bei Abdominaltyphus beobachtete gelbe Verfärbung der Handflächen und Fufssohlen hängt von dem in diesen Fällen in der Haut abgelagerten Blutpigment ab.

2. Diese Verfärbung kommt nur in 34% Fällen von Typhus abdominalis vor und bietet nichts für diese Krankheit Charakteristisches dar, da sie auch nach anderen Krankheiten beobachtet wird.

3. In der Milz findet sich viel Blutpigment abgelagert, was auf einen stärkeren Zerfall der roten Blutkörperchen im Verlauf des Typhus hinweist. Auch in der Leber begegnet man Pigment, jedoch nicht in allen Fällen.

4. Im Verlaufe des Abdominaltyphus erleidet das elastische Gewebe der Haut

und der Hautgefäfse bedeutende Veränderungen, indem nämlich die elastischen Fasern die Fähigkeit verlieren, sich durch die bekannten Färbmittel färben zu lassen und körnig zerfallen. Ein Teil der elastischen Fasern geht total zu Grunde.

5. Die Veränderungen des elastischen Gewebes sind an den Gefäfsen stärker ausgeprägt, als in der Haut.

6. Diese Veränderungen geben sich in der dritten Typhuswoche zu erkennen und nehmen dann mit dem weiteren Verlauf der Krankheit zu.

7. In den Fällen von abgelaufenem Typhus ist $7^1/_2$—$9^1/_2$ Wochen nach Beginn der Krankheit noch keine Regeneration des elastischen Gewebes der Haut und der Hautgefäfse bemerkbar. *Arth. Jordan-Moskau.*

Über zusammengesetzte Toxidermien, von Zaffiro. (*Rif. med.* 1900. No. 65 bis 68.) Auf Grund von Experimenten am Menschen und an Tieren kommt Verfasser zum Schlusse, dafs, wenn sich im menschlichen Organismus ein Ekzem mit einer chronischen Entzündung, wie z. B. der Syphilis, kompliziert, dieses Ekzem gewisse Modifikationen eingeht, wie wenn es sich um eine Vergiftung handelte. Diese Auffassungsweise mag auch zur Unterstützung der Behandlung dienen, indem sie uns Anweisungen giebt über den Weg, den wir bei Bekämpfung eines der Faktoren des Ekzems einzuschlagen haben und uns den Mechanismus seiner Entstehungsweise aufklärt. Auf experimentellem Wege lassen sich mit Alkaloiden und lokalen Reizen ähnliche Resultate erzielen. *C. Müller-Genf.*

Über die Ausscheidung von Arsenik durch die Haare und dessen Beziehung zu Intoxikationen, von E. Knecht und W. F. Dearden. (*Lancet.* 23. März 1901.) Anlafs zu dieser Arbeit gab die seit Herbst vorigen Jahres im Norden von England beobachtete Epidemie von diffuser Neuritis infolge von Arsenikvergiftung durch Biergenufs. Bei zwei solchen Patienten wiesen Verfasser Arsenik im Haar im Verhältnis von 0,3 und sogar 1,0 in 10 000 nach. Ein dritter Patient, der längere Zeit hindurch 0,0066 Arsenik nach ärztlicher Verordnung genommen hatte, zeigte auch einen Arsenikgehalt von 0,3 in 10 000 im Haare. Bei drei gesunden Individuen im Alter von 16, 23 und 35 Jahren war die Reaktion auch positiv, doch war die Menge zu gering um eine quantitative Bestimmung zu gestatten. Die Untersuchung wurde nach der Sängerschen Modifikation des Marschschen Verfahrens ausgeführt. Ein Gramm Haare wurden in rauchender Salpetersäure gelöst, gekocht, im Glasrohr zugeschmolzen, dann zwei Stunden bei 250° C. erhitzt und unter den nötigen Kautelen in den Marschschen Apparat gebracht.

In einer Zuschrift (ibid. 6. April 1901) führt A. Dupré aus, dafs er bei einigen in Gemeinschaft mit Bence Jones über das Auftreten von Lithiumchlorid in den Haaren angestellten Beobachtungen fand, dafs der sonst ziemlich hohe Gehalt der Haare an Lithium nicht angetroffen wurde, wenn das betreffende Haarbüschel durch wasserdichte Stoffe isoliert wurde. Er führt deshalb den Gehalt der Haare an Lithium resp. an Arsenik auf Befeuchtung mit dem Schweifse der Kopfhaut oder auf Berührung mit den Händen zurück. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Der Verschlufs von Wunden ohne Naht, von Howard Lilienthal-New York (*New York med. Journ.* 9. Febr. 1901.) In der Überzeugung, dafs auch das beststerilisierte Nahtmaterial zuweilen die Eiterung der Hautstiche nicht verhindern kann,

indem es pathogene Bakterien von der Haut in die tieferen Teile bringe, und auch die steiferen Mittel den Fehler haben, nicht so genau sich den Wundformen anzupassen, wie die Seide, also kleine offene Stellen in den Nähten mit all ihren unangenehmen Folgen der Infektion lassen, ersann L. vor vier Jahren eine Methode, ohne Hautnaht die Wunden zu schliefsen. Die tieferen Schichten derselben werden in der gewohnten Weise mit resorbier- oder nicht resorbierbarem Material geschlossen, aber die Wunde in der Haut selbst nur mit sterilisiertem Guttapercha bedeckt, bis der Heilungsprozefs im Gange war und dann mit Streifen von 20%igem Zinkpflaster (von Dieterich) die Wundränder zusammengehalten. Besonders die Vorder- und Seitengegenden des Bauches seien für diese Art Wundverschlufs geeignet, weniger die Schamgegend. Die Erfolge waren vorzügliche, die tiefen Nähte heilten sehr schön, ob sie von resorbierbarem oder nicht resorbierbarem Material gefertigt waren. L. sagt, er mache mit seiner Methode, welche er nun seit drei Jahren in der Krankenhaus- und Privatpraxis anwende, die aseptische Anwendung der alten, aus der präantiseptischen Zeit stammenden, Pflasterbehandung. Die Operationswunden bei Laparatomie, Nephropexie, Kelotomie, Amputationen, Brustentfernungen u. s. w. wurden auf diese Weise mit vollem Erfolge behandelt. In den letzten Monaten wandte er Zinkpflaster an (von der amerikanischen Firma Johnson & Johnson), welches durch Formalindämpfe vollkommen sterilisiert ist und auch in sterilisierten Büchsen, schon zum Gebrauch in Streifen geschnitten, in den Handel kommt (unter dem Namen sterilisierte Z. O.-Streifen). Bevor das Pflaster angelegt wird, mufs jede Blutung gestillt und die Haut mit Alkohol oder Äther gut getrocknet werden; die Streifen werden angelegt, indem ein Assistent die Wundränder zusammenhält. Wenn Spannung derselben vorhanden ist, sollte die Methode nicht angewendet werden, sondern nur, wenn die Wunde ohne Gewalt geschlossen werden kann; auch zum teilweisen Verschlufs derselben, wenn Drainage anzuwenden ist, ist diese Methode wohl zu gebrauchen. Aufser dem Vorteil, Zeit zu gewinnen — was oft wichtig, wenn der Patient die Narkose schlecht verträgt — führt sie, wie L. schliefslich hervorhebt, zu rascherer und mehr aseptischer Heilung und hat nicht die Gefahr der Hautnekrose infolge einschneidender Nähte. *Stern-München.*

Zur speziellen Therapie der Hautkrankheiten mit Berücksichtigung neuerer Arzneiformen und Arzneimittel, von Reinh. Ledermann. (*Berlin. klin. Wochenschr.* 1901. No. 5.) In diesem Vortrage, der vor praktischen Ärzten in der Charité gehalten wurde, beschreibt L. in einem ersten Abschnitt die verschiedenen in der Dermatologie üblichen Behandlungsmethoden, wie Massage der Haut, Stichelung, Galvanokauterismus, Elektrolyse, die kontaktlose Kauterisation, Finsens Methode, und sodann nach kurzer Erwähnung der wenigen inneren die äufseren Mittel, besonders in ihren Grundlagen und Zusammensetzungen; die Puder, die verschiedenen Öle und Salbengrundlagen, zu welchen in neuerer Zeit der Adeps lanae, das Oesypus, das Unguent. caseini (Unna), das Resorbin, das Epidermin (v. Hebra), das Mollin, das Terralin, das Unguent. domesticum hinzukamen; ferner die Pasten, die Pflaster, die bequeme Art der Salben- und Pflastermulle und schliefslich die zahlreichen Seifenarten werden in ihren wichtigsten Anwendungsgebieten aufgezählt. Der zweite Hauptabschnitt des Vortrages beschäftigt sich eingehend mit der speziellen Behandlung des Ekzems und der Psoriasis; bei ersterem ist bekanntlich die Therapie je nach dem Stadium und Grad der Ausdehnung eine sehr wechselnde, bei letzterem kommt für L. neben Quecksilber (weifser Präcipitatsalbe), Teer, Pyrogallol odrr Lenigallol — diese drei für den behaarten Kopf — als wichtigstes Mittel das Chrysarobin in Betracht; wegen der steten Gefahr der starken Hautreizung soll man jedoch nur mit 1—2%igen Salben beginnen und allmählich zu den 10%igen steigen. *Stern-München.*

Über Alkoholdunstverbände, von E. Heuss - Zürich. (Comptes rendus du XII. Congrès international de Médecine. Moskau 1900.) Die Alkoholdunstverbände des Verfassers unterscheiden sich von den Salzwedelschen Alkoholverbänden dadurch, dafs statt eines perforierten impermeablen Stoffes ein überall anliegender impermeabler Stoff über die die Alkoholgaze bedeckende Watte gelegt wird. Dadurch wird die Verdunstung des Alkohols behindert. Der Vorteil soll darin beruhen, dafs mit der reinen Alkoholwirkung, die eine antiseptisch-antifermentative ist, auch die Wirkung des feuchten Verbandes kombiniert ist; der Alkohol entzieht dem Gewebe Wasser, der Verband bleibt daher feucht, während der Salzwedelsche Verband gewöhnlich schon nach zwölf Stunden trocken ist. Durch die Wasseraufnahme wird die Konzentration des Alkohols — es wird 96%iger Alkohol verwendet — vermindert; da nach neueren Untersuchungen mit der Abnahme der Konzentration bis zu 50% sich die baktericide Wirkung des Alkohols steigern soll, so kommt auch diese Wirkung dem Dunstverband zu gute. Die Indikationen der Anwendung sind die bekannten.

A. Loewald-Cassel.

Allgemeine Therapie der Hautkrankheiten, von Edm. Saalfeld - Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1901. No. 12.) Eingangs dieser allgemeinen Übersicht über die wichtigsten Mittel der Hauttherapie weist S. auf die Wichtigkeit hin, bei Hautkrankheiten jedesmal den Gesamtorganismus zu berücksichtigen, was leider sehr häufig nicht geschehe; von besonderer Bedeutung sei es, jedesmal, auch bei leichteren Dermatosen, eine genaue Urinuntersuchung vorzunehmen, da viele der gebräuchlichsten äufseren Mittel im stande seien, eine Nierenreizung hervorzurufen bezw. ein bereits bestehendes Nierenleiden zu verschlimmern. Es kommen hier in Betracht die Balsamica, der Teer, das Naphtol, die Pyrogallussäure, Chrysarobin u. s. w. Bei der Wasseranwendung hebt S. aufser der prophylaktischen Wirkung die schmerzlindernde und juckstillende des permanenten Wasserbades hervor; zuweilen sind kaltes oder lauwarmes Wasser nicht von Nutzen, sondern heifses Wasser mit oder ohne Zusatz von Medikamenten bewirkt Verringerung des lästigen Brennens und Juckens. Schwefel-, Teerbäder und in neuester Zeit die elektrischen Lichtbäder sind entsprechend anzuwenden. Es kommt nun weiterhin gegen entzündliche Zustände der Haut als milde Behandlungsart die mit Pudern in Betracht, als juckstillender Zusatz zu denselben Karbolsäure (2—3%) und Menthol (2—3%). Weiterhin spricht S. über die Zusammensetzung der Salben, den wichtigsten Grundlagen derselben (Fetten), ihre Konsistenz (Pasten, Kühlsalben = Salben von dünner Konsistenz), über deren Ersatz in Gestalt von Pflaster- und Salbenmullen, von Leimen, Gelatinemischungen und austrocknenden Linimenten. Als wichtigste Seifen hebt Verfasser die grüne Seife, Schwefel- und Teerseife hervor; wegen der Nebenwirkungen des Teers ist vor allem vor kritikloser Anwendung der letzteren zu warnen. Für die Schwefelanwendung sind das Hauptgebiet die durch übermäfsige Produktion ausgezeichnete Sekretionsanomalie der Talgdrüsen, die Seborrhoe, die Komedonen- und Aknebildung; viel Schaden kann jedoch der Schwefel auch stiften bei Prozessen, wo die akuten Entzündungserscheinungen noch nicht abgelaufen sind. Die juckstillende Wirkung der Salicylsäure, welche mit Vorteil bei Dermatomykosen gebraucht wird, wird nach S's. Erfahrung von der des Menthols übertroffen, welches derselbe im Jahre 1888 zuerst empfohlen hat, das aber bei nässender Haut nicht angewendet werden soll. Bei den Antiscabiosa wird neuerdings die Aufmerksamkeit auf das β-Naphtol (Kaposi) und zwar nach des Referenten Erfahrung mit vollem Recht gelenkt; als neuestes Mittel dürfte noch das Epikarin eingereiht werden. Ein neues Verfahren zur Beseitigung der Hautinfiltration ist die Behandlung mit flüssiger Luft, die Kälteanwendung; da dieselbe aber noch sehr kostspielig ist, so beschränkte sich S.

auf Chloräthyl sowie eine Mischung desselben mit 15%igem Chlormethyl zur Abtragung umschriebener Infiltrationen, von Warzen, von Leukoplakie der Zunge. Als innere Mittel gegen Hautkrankheiten würdigt S. nur das Arsen und das Kantharidin (nach Liebreich). Von den verschiedenen Darreichungsformen des ersteren wird ein neutralisiertes (französisches) Präparat empfohlen, die Gouttes perlés, welche je 1 mg von Kal. arsenicos. enthalten. Bezüglich der Lupusbehandlung mit Kantharidin, besonders in Verbindung mit Arsen und Quecksilber, glaubt S., dafs die Zukunft damit sicher noch Erfolge bringen werde. *Stern-München.*

Über die Behandlung der venerischen Erkrankungen im k. und k. Marinehospital in Pola, von Zechmeister. (*Wien. med. Presse.* 1900. No. 40.) Verfasser berichtet über die Art und Weise der Therapie der venerischen Krankheiten im Marinehospital, welche für den Fachmann nichts neues bietet.

A. Alpár-Alexandria.

Die Einreibungskur und Badekuren, von Schuster. (*Wien. med. Presse.* 1900. No. 38—39.) Verfasser ist der Ansicht, dafs von den verschiedenen Anwendungsweisen des Quecksilbers die Kur mittelst methodischer Einreibungen der grauen Quecksilbersalbe in die Haut als eine der sichersten und schonendsten zu betrachten ist, welche mit Badekuren kombiniert in vielen Fällen eine noch bessere Wirkung haben mufs. Wenn auch Neisser meint, dafs ohne Bäder diese Badebehandlungen sicherlich dasselbe wirken bei Ausübung sachverständiger Quecksilberbehandlung, so meint Verfasser, dafs der letzteren etwas gar zu viel und den ersteren gar zu wenig vertraut ist. Zur Illustration wird ein 26jähriger Patient angeführt, der wegen Neuritis beider Ischiadici mit spastischer Parese beider unteren Extremitäten und fast erloschenen Kniereflexen, statischer Ataxie auf luetischer Basis drei Monate hindurch eine Hospitalsbehandlung (bestehend in Inunktionen, Elektricität, Extensionen, Massage, Bädern) durchgemacht hat, bei dem sich anfangs allerdings ein Erfolg zeigte, dann aber im weiteren Verlaufe der Quecksilberbehandlung eine Verschlimmerung seiner Schmerzen, seiner Steifigkeit nebst Schlaflosigkeit auftrat, trotz einer sachverständigen Quecksilberbehandlung. Patient machte nun in Aachen eine Badekur durch, wo bereits nach dem fünften Bade die Schmerzen nachliefsen und er bereits durchs Zimmer gehen konnte. Als nur noch Spuren von Quecksilber im Harn nachweisbar waren, wurden weitere Inunktionen und warme Douchen angewendet; nach zehn Inunktionen konnte Patient bereits eine halbe Stunde anhaltend gehen und nach fünfwöchentlicher Behandlung seiner Heilung entgegengehen. Im weiteren erörtert Verfasser die Frage, ob die Inunktionskur eine reine Inhalationskur ist oder ob das Quecksilber, auch in die Drüsen der Haut gepreſst, in die Blutzirkulation gelangt? Auf Grundlage seiner eigenen Experimente und langjähriger Erfahrung, so auch auf Basis anderer Experimentatoren hält Verfasser an dem Satz fest, dafs bei der Einreibungskur das Quecksilber sowohl durch die Lungenathmung als auch durch die Haut aufgenommen wird. Letzterem wird aber noch mehr Vorschub geleistet durch ein vorhergenommenes Bad. Die Aachener Bäder eignen sich nun besonders dazu, indem dessen Wässer alkalihaltig sind. Die Badekuren haben aber noch den Vorteil, dafs eine beginnende Hydrargyrose durch schweifstreibende Badeprozeduren meist rasch aufgehoben wird. Verfasser kommt nun zu dem Schlusse, dafs die bisher übliche Einreibungskur bei guter Durchführung der neuen Einatmungskur in der Mächtigkeit der Quecksilberaufnahme überlegen ist. Eine mit derselben verbundene, dem Krankheitsfalle angepafste Badekur unterstützt und fördert ihre Wirkung. Einreibungskur und Badekur sind sich ergänzende Heilfaktoren. *A. Alpár-Alexandria.*

Über subcutane Paraffininjektionen, von Hans Meyer-Marburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1901. No. 11.) Vor einiger Zeit hat Gersuny Mitteilungen gemacht über subcutane Injektionen eines Paraffingemisches zur Erzielung dauernder, funktionell oder kosmetisch vorteilhafter Gestaltsveränderungen. Gegen ein solches Verfahren bestehen Bedenken mehrfacher Art. Pfannenstiel machte auf die Möglichkeit des Eintritts von Embolien aufmerksam. Juckuff fand bei seinen, auf Veranlassung des Verfassers vorgenommenen Tierversuchen, dafs subcutan injiziertes Paraffin sich diffus in den Spalträumen des Bindegewebes verbreitet und durch dieselben in die verschiedenen Körperhöhlen gelangt. Nach Monaten findet teilweise auch ein Übergang in die eigentlichen Lymphgefäfse und Lymphdrüsen statt. Die treibenden Kräfte für diese Verbreitung sind Wachstumsvorgänge im Bindegewebe, Muskelbewegungen und namentlich die Schwerkraft. Auch die Injektion mäfsiger Paraffinmengen verursachte bei den Versuchstieren, wahrscheinlich infolge der mechanischen Verstopfungen der Gewebssaftbahnen, schwere Ernährungsstörungen, zuweilen selbst den Tod. Der Verfasser glaubt, dafs auch beim Menschen Paraffineinlagerungen mit der Zeit, und zwar vorzugsweise in der Richtung der Schwere, wandern werden und die tiefergelegenen Körperhöhlen und Lymphräume erreichen können; sicherlich aber würden gröfsere, in den Körperhöhlen und Lymphbahnen verbreitete Paraffinmassen nicht unbedeutende Störungen hervorrufen. Gersuny giebt an, dafs die Paraffintestikel seines Patienten nach längerer Zeit knorpelhart geworden sind; dies beruht wahrscheinlich darauf, dafs das injizierte Paraffin Wucherungsvorgänge im Bindegewebe hervorruft, so dafs die weichen Injektionsmassen von Bindegewebsmassen zerteilt und durchwachsen werden. Das injizierte Paraffin verschwindet nach dem vorläufigen Ergebnis der noch nicht abgeschlossenen Untersuchungen Juckuffs ungemein langsam, aber, wie es scheint, doch sicher aus dem tierischen Körper, und zwar wahrscheinlich durch Oxydation. Dafs unverändertes Paraffin eliminiert wird, ist nicht anzunehmen, da in den Exkreten der Versuchstiere niemals Paraffin in sicher nachweisbaren Spuren gefunden wurde. *Götz-München.*

Behandlung einiger gewöhnlicher Hautkrankheiten, von Phineas S. Abraham. (*Mercks Archives Oct.* 1900.) Ekzem: Innerlich eine Mixtur von Eisen und Magnesia mit etwas Nux vomica, oder ein Alkali, eine Bittermixtur mit einem Abführmittel. Zucker, Thee, Kaffee, Backwerk, Käse, Bier, saure und süfse Weine und Alkohol sollen auf ein Minimum beschränkt werden. Äufserlich bei akuter Entzündung gründliches Baden mit 4‰ Creolinlösung und als Salbe Ungt. hydrarg. cum plumpo (sic bei akutem Ekzem!). Ferner eine Modifikation der Lassarschen Paste (Zinc. oxyd. Amyli ā 12,0, Acid. salicyl. 0,5, Vaselin 30,0 bei Umrechnung der Unzen in Grammgewicht!), oder eine Mischung: Zinc. carbon. 3,5, Ol. olivar. 15,0, Aq. calcis 15,0, oder Zinkgelatine (Gelatine 15,0, Zinc. oxyd. 12,0, Aq. 30,0, Glycerin 30,0, mit etwas Ichthyolzusatz). Bei trockenem Ekzem und geringer Entzündung: Theersalben, Creolinbad.

Psoriasis: Arsenik innerlich betrachtet Verfasser als „medizinische Mythe", ein doch wohl für alle Fälle zu schroffes Urteil. Er meint, es schade mehr als es nütze! Er verwirft auch die Schilddrüsenbehandlung. Äufserlich am besten Chrysarobin mit Traumaticin. Auch eine mehr oder weniger gesättigte Lösung von Chrysarobin in Benzin mit Übertupfen von Kollodium wird empfohlen.

Akne: Innerlich Tonika, abführende Mittel. Äufserlich 10% Ichthyolseife und Salbe (Sulf. praec. 2,0, Mercur. ammon. 0,6, Sulf. mercur. 0,6, Vaselin 30,0). Aufserdem Betupfen der Knoten mit Karbolsäure, eventuell Eröffnung derselben.

Tiefsitzende Trichophytien der Kopfhaut: Rasieren alle 14 Tage. Einreiben folgender Salbe mit einer Stoffbürste (Acid. carbon. 4,0, Acid. salicyl. 4,0,

Vaselin 30,0). Waschen mit Schmierseife, Karbolglycerin. Sodann verwendet Verfasser eine spezielle Pumpe, die durch atmosphärischen Druck irgend ein Parasiticid (reines Kreosot oder eine Mixtur von Guajacol mit Hydrogen peroxyd. oder Äther) in die Kopfhaut hineinpreſst. *A. Strauss-Barmen.*

Welches ist das wirksame Agens in der Radiotherapie, von Eduard Schiff und Leopold Freund. (*Klin. therap. Wochenschr.* 1901. No. 1 u. 2.) Die Arbeit der um die Radiotherapie hochverdienten Autoren enthält eine Polemik gegen die Ausführungen in der Kienböckschen Arbeit (*Wien. klin. Wochenschr.* 1900. No. 50). Besonders wird betont, daſs auch harte Röhren für therapeutische Zwecke brauchbar sind, während Kienböck nur weiche verwendet wissen will. Sodann halten die Verfasser an dem Satze fest, daſs reine Röntgenstrahlen unter Ausschluſs der Elektrisation und Lichterscheinungen auf das Bakterienwachstum nicht den geringsten Einfluſs ausüben. Vieles spricht auch dafür, daſs auch bei der ejulierenden Wirkung ihnen allein keine Bedeutung zukommt. Die entgegengesetzten Behauptungen Kienböcks sind nicht durch einwandfreie Versuche gestützt. Letztere werden einer scharfen Kritik unterzogen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Der Einfluſs des Lichtes auf die gesunde und kranke Haut, von C. Ullmann. (*Wien. med. Presse.* 1900. No. 20—21.) Verfasser bespricht eingehend die Anwendung der photochemischen und der Röntgenstrahlen in der Therapie der verschiedenen Hauterkrankungen. Den Experimenten zufolge zerfallen die durch optische Hülfsmittel künstlich zerlegten Strahlen des Sonnenspektrums in drei Gruppen; a) die kurzwelligen und stärker brechbaren im Violett und mit ihnen alle sogenannten dunklen, rasch stärker brechbaren Strahlen; sie entfalten exquisite Licht- und gar keine Wärmewirkung; b) die am schwächsten brechbaren und langwelligen, leuchtenden Strahlen in Rot, allenfalls auch noch die in Orange und mit ihnen alle übrigen, noch stärker brechbaren und nicht mehr leuchtenden, sogenannten Wärmestrahlen; ihnen kommt nahezu gar kein Licht, dagegen exquisite Wärmewirkung zu; c) dazwischen liegt die Hauptmasse der leuchtenden, sowohl Licht wie Wärme produzierenden Strahlen in Orange, Gelb, Grün, Blau, Indigo, die wegen ihrer Doppelwirkung zu Versuchen und exakten Beobachtungen als nicht geeignet vor der Hand unberücksichtigt bleiben. Beide Strahlen bewirken mächtige Hautreize, und zwar in erster Linie Erytheme. Die Wärmeerytheme erscheinen sehr rasch und verschwinden sehr bald, ohne Veränderungen zu hinterlassen, währenddem die Licht- oder Sonnenerytheme, welche erst einige Stunden nach der Einwirkung der Strahlen erscheinen, lange persistieren und unter Erscheinungen der Epitheldesquamation und stets mit Hinterlassung von Pigment sich zurückbilden. Auf ersterer beruht die Heiſsluftbehandlung, mit welcher Verfasser bei Gelenkkrankheiten mikrobieller Natur (blennorrhoische und syphilitische), bei Initialsklerosen, Ulcera venerea und insbesondere phagedänischen oder gangränescierenden Prozessen verschiedener Art sehr rasch gute Erfolge aufzuweisen hatte. Was nun die pathologischen Hautveränderungen anbelangt, welche in der Natur selbst erzeugt werden, gehören hierzu das sogenannte Erythema solare, der Schnee- oder Gletscherbrand. Der Zustand erscheint in den allerverschiedensten Graden als Erythem, papulo-vesikulöse, selbst bullöse Dermatitis. Hierher gehören noch die von Hutchinson beschriebene Sommerprurigo, die sogenannte Hydroa aestivale (H. vacciniforme Bazin). Einigermaſsen ist es noch strittig, ob das Xeroderma pigmentosum durch den Lichteffekt hervorgerufen wird. Therapeutisch hatte bis jetzt die Lichttherapie bei Lupus vulgaris, Lupus erythematosus, Alopecia areata, Epithelioma, Acne rosacea, Naevus vascularis planus gute Erfolge aufzuweisen.

Psoriasis und verschiedene andere Hautkrankheiten sind ohne Resultat versuchsweise behandelt worden. Einfacher, weniger zeitraubend und weniger kostspielig ist die Radiotherapie mit Röntgenstrahlen, welche bei Lupus vulgaris faciei und corporis, hartnäckigem impetiginösem Ekzem des Gesichts und der Kopfhaut, Acne vulgaris disseminata und insbesondere bei recht hartnäckigen Formen von Favus, Sycosis vulgaris und parasitaria mit schönem und dauerndem Erfolge verwendet wurde. Eine weitere, viel angewendete Indikation zur Röntgenstrahlung ist die Epilation zu kosmetischen Zwecken und dies hauptsächlich, wo zahlreiche Haare in dichten Gruppen beisammenstehen. Das sogenannte Verfahren D'ARSONVALS, die induktive Elektricität von hochgespannten Wechselströmen auf den menschlichen Organismus und dessen Haut einwirken zu lassen, hat mit der hier beschriebenen Lichttherapie nichts zu thun. *A. Alpár-Alexandria.*

Die Röntgenstrahlen im Dienste der praktischen Medizin, von H. KÜMMELL-Hamburg. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1901. No. 1 u. 2,) Dem ausführlichen Artikel über die Anwendung der Röntgenstrahlen entnehmen wir nur das uns Dermatologen Interessierende. Diagnostisch gelingt es meist mit grofser Deutlichkeit, Blasensteine und bisweilen auch Nierensteine durch die Röntgenstrahlen festzustellen. Ebenfalls syphilitische und tuberkulöse Verdickungen und Auflagerungen der grofsen und kleinen Röhrenknochen sind unschwer zu erkennen, während der sonstige diagnostische Wert mehr in die Chirurgie fällt. Wichtiger ist für den Dermatologen der therapeutische Erfolg der Röntgenstrahlen. Neben Lupus erythematosus, Ekzema chronicum, Naevus vasculosus, Hypertrichosis, Favus und Sykosis kommt vor allem der Lupus vulgaris in Betracht, bei dem Verfasser gleich vielen anderen Autoren sehr günstige Resultate erzielte. Die Heilung erfolgt nach K.'s Ansicht nicht durch Ätzwirkung, sondern infolge der uns noch nicht näher bekannten Einwirkung der eigenartigen Strahlen auf das kranke Gewebe. Auch zieht K. die Behandlung der FINSENschen Lichtbehandlung vor, weil bei letzterer nur ein kleiner, etwa 20 cm grofser Teil der erkrankten Haut in Behandlung genommen werden kann, während die Röntgenstrahlen die gesamte kranke Fläche zu gleicher Zeit bestrahlen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über die Wirkung der Röntgenstrahlen auf die Haut und ihre Verwendung bei der Behandlung der Hautkrankheiten, von W. SCHOLTZ-Breslau. (*Allg. med. Centralztg.* 1901. No. 4 u. 5.) Die in der Breslauer Klinik in den letzten drei Jahren gesammelten Erfahrungen resumiert Verfasser dahin, dafs die Röntgenstrahlen eine nicht unwichtige Heilmethode für manche Dermatosen sind, die aber wohl nicht berufen ist, unsere bisherige Behandlungsmethode dieser Hautkrankheiten zu verdrängen. *A. Loewald-Cassel.*

Kritische Bemerkungen über den von GROUVEN in der Niederrheinischen Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Bonn gehaltenen Vortrag über Röntgentherapie bei Hautkrankheiten, von R. HAHN-Hamburg. (*Fortschr. f. Röntgenstr.* IV. No. 2. 1901.) H. schiebt die Mifserfolge GROUVENS in der Behandlung des Favus mit Röntgenstrahlen auf die zu grofse Entfernung (30—50 cm) vom Spiegel, er empfiehlt eine Entfernung von 10 bis höchstens 25 cm und eine tägliche Expositionsdauer von 10—15 Minuten. Auch warnt Verfasser, mehrere Patienten gleichzeitig mit derselben Röhre zu behandeln, da die wirksamsten Strahlen dann nicht ordentlich treffen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Die Lichttherapie im „London Hospital", von ST. MACKENZIE. (*Brit. med. Journ.* 30. Juni 1900.) Der Apparat, wie die Methoden der Lichtbehandlung ent-

sprechen genau den Vorschriften, wie sie Prof. Finsen, beziehungsweise sein Assistent Dr. V. Bie gegeben hat.

Die Prinzipien der Lichttherapie sind hauptsächlich dreierlei:

1. dafs die chemischen Strahlen der Sonne oder des elektrischen Lichts eine Entzündung der Haut hervorrufen; dafs sie
2. eine Wirkung durch die Haut ausüben,
3. die Mikrobien auf, in oder dicht unter der Haut töten können.

Der Apparat und die Methode der Lichttherapie, wie sie im „London Hospital" zur Anwendung kommt, werden ausführlich beschrieben. *C. Berliner-Aachen.*

Weitere Anwendungsgebiete der Radiotherapie, von L. Freund und E. Schiff. (*Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr.* II.) Verfasser berichten an der Hand beigegebener Abbildungen über ihre günstigen Resultate bei der Behandlung von Sykosis und Favus und schildern eingehend das von ihnen angewandte Verfahren und die dazu gehörenden Apparate. Die Resultate sind als durchaus zufriedenstellend zu bezeichnen.

Bernhard Schulze-Kiel.

Im ärztlichen Verein in Hamburg (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1901. No. 4) demonstrierte Hahn eine Reihe von **Hautaffektionen, die mit Röntgenstrahlen behandelt sind.** Vor allem sind es Fälle von Lupus, bei denen aufserdem aber noch Finsens Methode, Elektrolyse, Hollaenders Verfahren in Anwendung gezogen sind. Aufserdem sind mit gutem Erfolge behandelt: Ekzem, Psoriasis, Lupus erythematosus, Rosacea, Favus, Sykosis und Hypertrichosis. Bei letzterer scheint die Methode nach Hahns Ansicht der Elektrolyse erfolgreiche Konkurrenz machen zu sollen; sie ist sicher, schmerzlos, gestattet die Behandlung grofser Bezirke auf einmal und die Beobachtung bisher hat ergeben, dafs die nach 2—4 Monaten auftretenden Rezidive allmählich schwächer werden. *F. Hahn-Bremen.*

Die Wirkungen hochgespannter Ströme auf die Haut prüfte Schiff (*Wien. klin. Wochenschr.* 1900. No. 51) mittels einer von Freund konstruierten Elektrode. Eine umschriebene behaarte Stelle des Vorderarmes wurde an fünf auf einander folgenden Tagen durch je 20 Minuten mit den diffusen, negativen Polentladungen eines Ruhmkorffschen Induktoriums behandelt, ohne dafs Funkenschläge erfolgten. Schon nach drei Expositionen röteten sich die Follikelmündungen der Haare, diese lockerten sich, fielen aus; dabei kein Schmerz, keine weitere Hautveränderung. Der Versuch beweist, dafs nur durch Elektricität Haarausfall zu erzielen ist. Befestigte man bei einem Tiere gleichzeitig über dem Schweife oder über der Schnauze ein Metallblech, welches mit dem Erdboden durch die Wasserleitung verbunden war, so trat auch hier spontan Haarausfall ein. Es fallen also die Haare auch da aus, wo Polentladungen die Körperoberfläche treffen und auch da, wo sie den Körper verlassen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Vorzeitige Urteile über Lichttherapie, von Below. (*Arch. f. Lichttherapie.* 1901. No. 6.) Ausführliche Beschreibung eines Falles von Arm-, Bein- und Zungenlähmung auf eventuell luetischer Basis und eines Falles von Herzhypertrophie mit Stauungsniere, welche durch Anwendung der Lichttherapie (kombiniertes blaues Bogenlicht) geheilt resp. gebessert worden sind. Eingehende Besprechung würde zu weit führen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Die kolloidalen Lösungen der Metalle und ihre Beziehungen zu gewissen biologischen Erscheinungen, von P. Galeotti. (*Klin. therap. Wochenschr.* 1901. No. 4.) Die nach Bredig hergestellten kolloidalen Lösungen sind als Suspensionen

aufserordentlich feiner Molekulgruppen anzusehen; durch hohe Temperaturen werden sie verändert und selbst durch kleinere Mengen Elektrolyten koaguliert. Diese Lösungen zersetzen Wasserstoffsuperoxyd, ähnlich den organischen Enzymen, in minimalster Menge. Auch auf andere Lösungen wirken sie als Katalysatoren. Geringe Mengen von Cyanwasserstoffsäure können diese Wirkung paralysieren. Die Analogie mit den Enzymen ist keine völlige; denn letztere wirken nur auf eine Substanz oder auf eine Gruppe von Substanzen katalytisch. Aufserdem entstehen die organischen Enzyme aus dem Protoplasma nur, wenn sie in Kontakt mit den zur Gährung kommenden Substanzen gelangen. Man kann die kolloidalen Lösungen nicht als organische Diastasen bezeichnen. Jedenfalls aber beeinflussen sie sehr die Oxydations- und Reduktionsprozesse. Ihre therapeutische Verwendung durch Credé etc. ist rationell.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Was ist Vasogen? von C. Bedall. (*Pharm. Centralh.* 1900. No. 49.) Verfasser giebt Vorschriften von Paraffinseifen, die er Vasolimente nennt, d. h. ammoniakalische Linimente mit Vaselinpräparaten, und die er als besonders permeable und mit Wasser besonders gut mischbare Präparate empfiehlt. Zur Lösung des Paraffins wird statt des wässerigen Liq. Ammon. caust. und des Weingeistes Liq. Ammon. caust. spirituosus verwendet. *A. Strauſs-Barmen.*

Was ist Vasogen? von Roch. (*Pharm. Centralh.* 1900. No. 51.) Als weitere Vereinfachung der Bedallschen Vorschrift empfiehlt Roch für Vasolimentum liquidum: Paraff. liquid. 60,0, Olein 30,0, Liq. Ammon. caust. spirit. 10,0.

A. Strauſs-Barmen.

Aphrotone, von Wm. Hooker Vail-St. Louis. (*St. Louis med. Journ.* 1900. No. 6.) Für alle Blasen- und Nierenleiden, insbesondere aber für Prostataerkrankungen empfiehlt der Verfasser ein neues Heilmittel unter dem wohlklingenden Namen Aphrotone, das nach ihm sowohl Tonikum und Diuretikum als auch Aphrodisiakum ist. Zu welchem Zweck diese letzte Eigenschaft dient, ist dem Referenten unerfindlich; ob heilsam, dem Referenten zweifelhaft. Das Medikament enthält die wirksamen Bestandteile der Kola, Koka, Damiana, Couch grass, Saw Palmetto kombiniert mit Kaliumacetat. Nicht genug mit den obenerwähnten Erfolgen hat dem Verfasser das oder die Aphrotone auch bei Leukorrhoe, Amenorrhoe, Dysmenorrhoe und allen Uterinerkrankungen gute Dienste geleistet. Zum Beweis dafür dienen zwölf kleine Krankengeschichten. Über die Art der Wirkung giebt der Verfasser leider keine Auskunft. *Hopf-Dresden.*

Über Ichthargan, von Aufrecht-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1900. No. 31.) Die unter dem Namen Ichthargan in die Therapie eingeführte Ichthyol-Silberverbindung enthält 15% Schwefel und 30% Silber, ist geruchlos und vollkommen neutral, in Wasser und Glycerin klar löslich, relativ ungiftig. In totes Gewebe dringen Ichthargan-lösungen; das beweist zwar noch nicht, dafs diese Tiefenwirkung sich auch auf lebende Schleimhäute erstreckt, immerhin ist die Möglichkeit bei der bekannten Resorptionsfähigkeit des Ichthyols durch die Haut nicht von der Hand zu weisen. Dem hohen Silbergehalt entsprechend wirkt das Ichthargan in hohem Mafse baktericid. Gehacktes Rindfleisch, mit 0,5% Ichthargan-lösung innig gemischt, liefs selbst nach einem Monat im Brutofen keine Zeichen von Fäulnis erkennen. Um Harn, Bouillon und Faulflüssigkeiten vor Zersetzung zu bewahren, genügte eine 0,3%ige Lösung. Dem Silbernitrat ist das Ichthargan an baktericider Kraft überlegen, wie vergleichende Untersuchungen verschiedenen pathogenen Bakterien, insbesondere auch den Gonokokken gegenüber, lehrten. *A. Loewald-Cassel.*

Yohimbin und dessen Salze, ein neues Aphrodisiakum, von Robert Bartholow-Philadelphia. (*Med. News.* 1901. No. 9.) Yohimbin, aus der Rinde vom Yohimbebaum, welcher zu den Apocynaceen gehört und in den deutschen Besitzungen von Äquatorialafrika wächst, von Spiegel dargestellt, ist ein Alkaloid, welches bei Warmblütern in ausgesprochener Weise auf den Genitalapparat wirkt. Bei verschiedenen Tieren stellen sich Erektionen und Emissionen ein. Bartholows Untersuchungen waren vorzüglich pharmakologischer Natur und beschäftigten sich mit dem Einfluſs des salzsauren Yohimbins auf Warm- und Kaltblüter. Dasselbe ist nicht sehr giftig und seine Hauptwirkung ist die auf die motorischen Herzganglien. Paresis mit Zittern, gefolgt von motorischer Lähmung, tritt sowohl bei Warm- wie Kaltblütern (Kaninchen und Frosch) auf Injektion von 0,015 g Yohimbin ein. Bei den männlichen Kaninchen stellt sich ein Zustand von Hyperämie im Urogenitalapparat ein, der auch Nieren und Blase einschlieſst und speziell um das Präputium ausgeprägt ist. Die Experimente an den Tieren lehren weiterhin, daſs das Yohimbin zwar lähmend auf die Motilität, aber nicht auf die Sensibilität wirkt; es behindert die Atmung, indem es auf die Brustmuskulatur und das Zwerchfell lähmend einwirkt, die Herzaktion wird geschwächt und schlieſslich gelähmt, in Diastole still stehend. Bei Erwachsenen rät B., nicht über die Dosis von 0,003 hinauszugehen; nach den Experimenten kann es bei sexueller Neurasthenie, bei Depression der sexuellen Organe infolge von Alter und vorzeitiger Schwäche, aber auch, wie B. noch hinzufügen möchte, bei Nierenerkrankung (Albuminurie) von heilsamem Einfluſs sein. Weitere klinische Versuche jedoch müssen besonders in letzterer Beziehung noch angestellt werden.

Stern-München.

Die Nenndorfer Schwefelseife, von Leo Forchheimer-Würzburg. (*Reichs-Med.-Anz.* 1901. No. 2.) Der Verfasser empfiehlt die Nenndorfer Schwefelseife für die Therapie der Acne vulgaris, des seborrhoischen Ekzems, der Komedonen und der Pigmentationen des Gesichts. Es sind zwei Stärken von Seifen vorhanden.

Hopf-Dresden.

Schwefel und seine Derivate, von Jackson. (*Mercks Arch.* März 1901.) Verfasser bespricht die gute Wirkung des Schwefels bei Skabies, bei schuppendem Ekzem der Kopfhaut und der Arme, ferner der Genitalien bei Syphilis. Bei Psoriasis fand er im Schwefel guten Ersatz, wenn Chrysarobin wegen seiner Nebenwirkungen (lokale Entzündungen, Fieber, Verfärbungen) versagte. Lösungen von Schwefelsäure werden zur Desinfektion und zu Heilzwecken bei Hautleiden empfohlen, ferner Schwefelbäder mit gleichzeitiger innerer Behandlung mit Schwefel, sodann Schwefeldämpfe in geschlossenen Zellen, unter Freilassung von Mund und Nase. Von den Derivaten finden Kreosot, Guajakol und Thiokol eine oberflächliche Besprechung. Bei Hämorrhoiden empfiehlt Verfasser einen Zusatz zu Opiumsuppositorien, pulverisierten Schwefel bei Pruritus genital., event. mit Zusatz von Wismuth. Irgend etwas wesentlich neues bietet der Artikel nicht.

A. Strauſs-Barmen.

Über Dymal, von C. Kopp-München. (*Therap. Monatsh.* 1901. No. 2.) Verfasser empfiehlt Dymal, ein im wesentlichen salicylsaures Didym, das ein feines geruchloses Pulver darstellt, als reizloses Antiseptikum und sekretionsbeschränkendes Wundpulver. Es zeichnet sich durch Billigkeit besonders aus und wird als Nebenprodukt bei der Herstellung der Auerschen Glühlichtstrümpfe gewonnen. *Hopf-Dresden.*

Über Bromeigone, von Edmund Saalfeld-Berlin. (*Therap. Monatsh.* 1901. No. 2.) An Stelle des Bromkaliums und Bromnatriums hat Verfasser die entsprechenden Bromeigone versucht, wobei bei gleicher Heilwirkung alle störenden Neben-

wirkungen ausblieben. Besonders blieb die Jodakne in überraschender Weise aus. Mit Vorliebe giebt Saalfeld das Bromeigon jetzt auch schon prophylaktisch gegen Pollutionen und Erektionen. Entweder das unlösliche Bromeigon als Pulver oder Tablette 1—2 g vor dem Schlafengehen oder das lösliche Peptobromeigon 10:50 abends 1½—3 Theelöffel stark. Gegen Hautjucken (Lichen, Zoster) täglich 2—3mal 1 g Bromeigon oder 1—1½ Theelöffel der Lösung. *Hopf-Dresden.*

Elastische Pflasterbinden, von Karl Gerson-Berlin. (*Ther. d. Gegenw.* Febr. 1901.) Die elastischen Pflasterbinden bestehen aus grauem elastischen Gummigewebe verschiedener Länge, welches einseitig mit Zinkkautschuckpflaster bestrichen und an einem Ende mit zwei leinenen Bändern versehen ist. Durch den elastischen Druck wird die aufgetragene Pflastermasse stark auf die Haut gepreßt, gleichzeitig wirkt der mechanische Druck auf infiltriertes und ödematöses Gewebe, dermatologisch sind sie daher wirksam bei Ekzema, Ulcera cruris u. s. w. In der Chirurgie wirkt das reizlos stark klebende Pflaster als Konstriktionsbinde resorbierend auf Gelenkergüsse, Sehnenscheidenentzündungen, Distorsionen, auch zur Schaffung künstlicher Blutleere an abschüssigen Stellen, wo der Esmarchsche Schlauch leicht rutscht, ebenso bei Nabelbrüchen. Verfasser verwendet sie auch an Stelle von Krankenbinden zu einfachen Rundverbänden und zur Stillung von Blutungen. Die Firma P. Beiersdorf & Co. in Hamburg-Eimsbüttel stellt die Pflaster in bekannter Güte her.

Bernhard Schulze-Kiel.

Zur Symptomatologie und Therapie der Quecksilber-Angina, von A. Lanz. (*Klinicheski Journ.* Dez. 1900.) Verfasser beschreibt an der Hand mehrerer Beispiele eine Form von merkurieller Angina, welche sich durch gewisse Besonderheiten streng von der syphilitischen Angina unterscheidet, mit der sonst die Hg-Angina leicht verwechselt wird. Diese Hg-Angina nimmt ganz bestimmte Rachenpartien ein, nämlich die einander berührenden Flächen der Gaumenbögen und der Mandeln. Meist beschränkt sich die Affektion auf den Rachen und ist einseitig, sie kann aber auch doppelseitig auftreten. Subjektiv klagen die Kranken über Schmerzen beim Schlucken und Schwellung der Submaxillardrüsen. Als Grund für das Ergriffensein gerade dieser Rachenpartien sieht L. den Druck an, welchen diese Stellen durch die gegenseitige Berührung erleiden. Diese Merkurialerscheinung kann ohne andere Hg-Erscheinungen auftreten und kommt sowohl zu Anfang der Hg-Kur, als auch eine gewisse Zeit nach derselben vor. In therapeutischer Hinsicht empfiehlt L. prophylaktisch Spülungen mit desinfizierenden Mitteln, nach Beginn der Angina aber Gurgelungen mit Hydrogenium peroxydatum und Pinselungen mit Jodoformglycerin, Lapis oder Chromsäure.

A. Jordan-Moskau.

Über den therapeutisch wirksamen Bestandteil des Perubalsams und seine synthetische Herstellung, von E. Erdmann-Halle. (*Zeitschr. f. anorg. Chem.* 1900. No. 39.) E. hat nachgewiesen, daß Benzoesäure-Benzylester thatsächlich der Hauptbestandteil des Perubalsams ist und durch klinische Versuche an den Kliniken von Vernier und von Mering bestätigen lassen. Die Aktiengesellschaft für Anilinfabrikation in Berlin bringt eine 25%ige Lösung in Ricinusöl unter der Bezeichnung „Peruol" in den Handel, außerdem auch reinen Ester unter der Bezeichnung „Perucabin". Peruol ist farblos, geruchlos, beschmutzt nicht die Wäsche, ist von stets konstanter Zusammensetzung und reizlos. *A. Strauß-Barmen.*

Über Antrophore. (*Pharm. Centralh.* 1900. No. 49.) C. Stephan-Dresden fertigt als Ersatz für die Metallspiralantrophore auch sog. Urophore an. Diese bestehen aus umschnürten Fadenbündeln als Arzneimittelträger.

A. Strauß-Barmen.

Die prophylaktische und heilende Wirkung des Urotropin, von ZAUDY-Göttingen. (*St. Louis med. Journ.* 1900. No. 6.) Verfasser betont neben der heilenden Wirkung des Urotropins auch dessen prophylaktischen Nutzen. In Fällen von Lähmungen der unteren Extremitäten und der Urogenitalsphäre pflegen meist schwere ascendierende Blasenkatarrhe sich einzufinden, denen die Nieren fast nie entgehen. ZAUDY lobt nun für solche Fälle die präventive Wirksamkeit des NICOLAIERschen Medikaments und führt einen einschlägigen Fall an. *Hopf-Dresden.*

Über den therapeutischen Wert des Urotropin, von SUPPAU. Verfasser verwendete das Urotropin bei verschiedenen Formen der Urosepsis und spendet dem Präparate das allerhöchste Lob. In allen jenen Fällen von Urosepsis alter Männer mit Prostatahypertrophie, ferner bei den nicht akut septischen Blasen und Nierenbeckenkatarrhen, welche die Folgeerscheinungen und Komplikationen dieser Altersveränderung der Vorsteherdrüse sind und die auch bei Atrophia prostatae, bei Divertikelbildung der Blase, bei Neoplasmen und Strikturen höheren Grades zu stande kommen können, wird es heute zur Regel gemacht werden müssen, Urotropin niemals unversucht zu lassen. Wir müssen letzteres sogar als einen entschiedenen Fehler und als eine schwere Unterlassungssünde (!? d. Ref.) in therapeutischer Hinsicht bezeichnen, sagt der Verfasser; dies aus dem Grunde, weil es ja in einer ganzen Reihe von ganz verzweifelt liegenden Krankheitsfällen der geschilderten Art gelingt, das tötliche Ende abzuwenden, oder die höchst bedrohlichen Erscheinungen in einem solchen Mafse durch dauernde Darreichung von Urotropin zu mildern, dafs der Kranke in einen erträglichen und gefahrlosen Zustand gelangt, welcher dann wieder zu einer Phase seines Leidens hinüberleitet, die sich ohne Störungen schlimmer Art über ein, selbst zwei Dezennien* erstrecken kann. (Bei diesem Satze wird wohl der Verfasser mehr von einer grofsen Dosis Optimismus, als von der Dezennienerfahrung geleitet worden sein. D. Ref.) Das Urotropin würde noch bei solchen Fällen von Cystitis mit gutem Erfolge verwendet, bei welchen sich als Komplikation oder im späteren Anschlufs an Blennorrhoea urethrae, oder an Prostatitis blennorrhoica eine Cystitis mit reichlichem Bakteriengehalt oder eine reine Bakteriurie zeigte. Auch in sieben Fällen von Phosphaturie, im Anschlufs an langdauernde Tripperprozesse, selbst bei genuinen Fällen, hatte er vom Urotropin gute Resultate aufzuweisen. (* So lange existiert das Urotropin noch gar nicht. D. R.) *A. Alpár-Alexandria.*

Bullrich-Salzverbände, ihre Technik und Indikationen, von J. CASTERET-Toulouse. (*Presse méd.* 1900. No. 103.) Verfasser, der 300 Fälle mit diesen Verbänden behandelt hat, sah davon recht befriedigende Resultate. Die Lösungen müssen 20—60 g auf 1000 g stark sein. Um Keimentwickelnng hintan zu halten, mufs das Wasser kurz vorher gekocht werden. Der feuchte Verband ist bei starken Eiterungen täglich, sonst alle 2—4 Tage zu wechseln. Früher wurde jede Wunde vor Anlegung eines Verbandes mit einer leichten antiseptischen Lösung abgespült. Was die Indikationen anbelangt, so sind die Verbände mit Natrium bicarbonicum in jenen Fällen angebracht, wo die Gewebe nur einer Reizung bedürfen (Lymphangitis, variköse Geschwüre, Verbrennungen u. a.). Bei mittelstarken Eiterungen (circumscripte Abcesse, Panaritien), wo Keime im Spiele sind, mufs man bei jedem Verbandwechsel wie vor dem ersten Verband selbst antiseptische Spülungen vornehmen. Bei schweren Eiterungen und gangränösen Prozessen mufs der Verband mit Natrium bicarbonat-Lösungen antiseptischen Umschlägen weichen. *Hopf-Dresden.*

Orthoformvergiftung, von RICHARD FRIEDLÄNDER. (*Therap. Monatsh.* 1900. No. 12.) Örtliche und allgemeine Orthoformintoxikationen sind nicht selten; die

Litteratur weist zahlreiche Mitteilungen darüber auf. Verfasser hat an sich selbst folgendes beobachtet: Nachdem er wegen einer Intertrigo 10—12 Tage eine 10%ige Orthoformsalbe mit günstigem Erfolge für die subjektiven Beschwerden eingerieben hatte, stellte sich plötzlich ein nässendes Ekzem ein, welches unter heftigen Fiebererscheinungen den ganzen Körper angriff, mit Bildung grofser Blasen einherging und den Patienten mehrere Wochen ganz ans Bett fesselte. — Die bisher beobachteten Intoxikationen lokaler Natur sind a) leichte: Erytheme, Schwellungen; b) mittelschwere: Ekzeme, essudative, multiforme Erytheme, infiltrierte Exantheme, Quaddelbildung; c) schwere: Gangränisierung in verschiedener Ausdehnung und Tiefe. — Die Allgemeinintoxikationen sind gekennzeichnet durch ausgebreitete Exantheme, Fieber, Erbrechen. — Nach diesen Beobachtungen wird also die lokalanästhetische Wirkung des Orthoform — in Gestalt einer Anaesthesia dolorosa — unter Umständen durch unangenehme Komplikationen erkauft. — Bemerkenswert ist, dafs keine Intoxikation nach Anwendung des Orthoforms auf Schleimhäute bisher bekannt geworden ist.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Fall von Orthoformekzem, von W. Ruhemann. Nach Anwendung von Orthoformvaselin an den Genitalien bekam eine Dame eine starke Entzündung der Haut, welche sich schubweise auf den ganzen Körper fortpflanzte und mit Fieber einherging. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Resorbin als Salbengrundlage, von J. Mindes. (*Pharm. Post.* 1900. No. 28.) M. giebt beachtenswerte Vorschriften über die Herstellung von Salben etc. mit Resorbin:

1. Resorbin + Ichthyol. Schwer mischbar. Auf Zusatz von Sapo med. pulv. entsteht eine griealiche Masse. Dagegen liefert ein Zusatz von Sapo kalin. eine glatte Salbe.

2. Resorbin + Creolin mischt sich noch schwieriger. Zusatz von Sapo med. und kalin. analog wie sub 1.

3. Resorbin + Lysol ist leicht mischbar.

4. Resorbin + Thiol unter Zusatz von 30% Lanolin.

5. Resorbin + Kreosot. Schwer mischbar. Minimale Menge von Sap. med. bewirkt keine Verseifung. Durch mehr Seife wird die Masse grieslich. Wenig Sapo kalin. schafft einen weichen Crême.

6. Resorbin + Naftalan. Leicht mischbar. Ebenso mit Ol. Cadini, Pix liquida, Styrax + Bals. Peru und mit Jodoform.

7. Resorbin + Spiritus nicht emulgierbar. Zusatz von Seife schafft eine Emulsion, welche mit Wasser mischbar ist.

8. Resorbin + Spir. sapon. nicht emulgierbar.

9. Resorbin + Spir. sapon. kalin. giebt eine Emulsion, aus welcher das Resorbin durch konz. Weingeist ausgeschieden wird. *A. Strauſs-Barmen.*

Die Rezeptur des Protargol, von F. Goldmann. (*Ber. d. pharm. Ges.* 1901. Heft 3.) „Warm" hergestellte Lösungen führen wahrscheinlich zur Oxydation der Proteinkörper und können reizen. Man soll Lösungen daher „kalt" bereiten. Für Lösungen die zu Injektionen benutzt werden sollen, füge man halb so viel Glycerin als Medikament hinzu. Man gieſse Glycerin und Wasser a. p. in eine Schale und verrühre mit Protargol derart, dafs man halb so viel Glycerin nimmt als Medikament, dann Nachspülen mit Wasser in die Flasche. Oder man pudere das Protargol auf die Oberfläche des Wassers ohne Umrühren. Protargollösungen sollten wegen der Möglichkeit der Oxydation jedesmal frisch hergestellt werden. *A. Strauſs-Barmen.*

Angioneurosen.

Influenza mit Hämorrhagien, von N. P. Bénaky-Smyrna. (*Indépend. méd.* 1901. No. 1.) Die mit Hämorrhagien dieses oder jenes Organs verlaufenden Fälle von Influenza sind die schwersten. Teils hat man es dabei mit Hämoptysen zu thun (Landouzy 1837), teils mit Hämaturien (Voisin 1837), Metrorrhagien (Law 1779) und hämorrhagischen Affektionen anderer, vorher durch irgendwelche Noxen speziell geschwächter Körperorgane. In der vorliegenden Mitteilung bespricht der Verfasser einen Fall von Influenza mit multipler Hämorrhagienbildung. Das 27jährige Mädchen hatte mehrere Jahre lang an unbedeutenden Anfällen von Hämoptoë gelitten, war aber die letzten drei Jahre vor der letzten Erkrankung davon frei geblieben. Am sechsten Tage der Influenza rechtsseitige Hemiplegie, Epistaxis und Hämorrhagien des Auges, der Mundhöhle und der ganzen Körperoberfläche. Urin und Kot blutig gefärbt. Haemorrhogiae vaginales et uterinae. Begonnen hatte diese Krankheit, welche letal endete, mit starker Hämatemesis. *Hopf-Dresden.*

In der medizinischen Sektion der schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur (nach *Allg. med. Centralstg.* 1900. No. 88) demonstrierte Callomon einen Fall **von merkuriellem Exanthem**, das neben einem sehr ausgedehnten, schon im Rückgang begriffenen, grofspapulösen Luesexanthem unter hohem Fieber zugleich mit ulceröser Stomatitis ausbrach. Es stellte ein universelles, scharlachrotes Erythem dar. Die von den bräunlichen papulösen Syphilisefflorescenzen besetzten Hautstellen beteiligten sich nirgends an der frischen Rötung, waren vielmehr sämtlich von einem überall ausgesparten, weifsen, konzentrisch bandförmigen Saume umgeben. Das Erythem begann nach 4 Tagen unter kleiiger Schuppung langsam abzublassen. Callomon glaubt, dafs sich die syphilitisch erkrankten Hautbezirke wegen der in ihren Gefäfsgebieten bereits erfolgten „lokalen Gewöhnung" an das Hg nicht an dem merkuriellen Exanthem beteiligt hätten und dafs jener regelmäfsig ausgesparte Hautbezirk um die Papeln herum noch als zum erkrankten Gebiet gehörig, somit als peripherster Teil der papulösen Haut aufzufassen wäre. *Götz-München.*

Rötelnartiges Exanthem nach Injektionen von Quecksilbersalicylat und Sublimat, von Allgeyer. (*Rif. med.* 1900. No. 20.) Die 23jährige Patientin mit syphilitischen Sekundärsymptomen wurde mit Injektionen von basischem Quecksilbersalicylat behandelt. Nach der vierten Injektion (0.05 pro dosi, alle 8 Tage) erschien auf dem Rumpfe ein Exanthem in Gestalt von lebhaft roten Flecken vom Durchmesser eines Centesimo. Natürlich wurde diese Eruption sofort als eine spezifische Roseola betrachtet und tapfer weiter drauf los injiziert; eigentümlicherweise verschwand die Eruption trotzdem und die Patientin wurde entlassen, kehrte aber einige Zeit darauf wieder ein wegen Plaques muqueuses des Rachens. Die Injektionskur wurde sofort wieder aufgenommen, aber statt 5 cg des Salzes wurden deren 7 injiziert. Gleich nach der ersten Injektion trat nach heftigem Jucken ein über den ganzen Rumpf ausgebreiteter Ausschlag auf, der dem obenbeschriebenen ähnlich war. Man glaubte zunächst an ein Roseolarezidiv und gab noch eine weitere Einspritzung, was einen erneuten Ausbruch des Exanthems und Störungen von seiten der Nieren zur Folge hatte. In der Folge wurde die Patientin dann weiter noch von anderen Ärzten mit Kalomel- und Sublimatinjektionen behandelt, welche stets denselben Effekt in Bezug auf das Auftreten des Exanthems hatten. Verfasser empfiehlt deshalb, Produkte der Behandlung nicht mit spezifischen Exanthemen zu verwechseln und im gegebenen Falle stets an eine derartige Eventualität zu denken.

C. Müller-Genf.

Eine abnorme Form von Chininausschlag, von G. N. Meachen · London. (*Lancet.* 2. März 1901.) Eine 23jährige, an Periostitis der Tibia leidende Frau, welche Chininsulfat in vierstündlichen Dosen zu 0,06 erhalten hatte, entwickelte am fünften Krankheitstage einen ziemlich intensiven Ausschlag in Gestalt von diffusen, rötlichen, erhabenen Papeln am Gesicht, den Schultern und der Streckseite des linken Beins. An letzterer Stelle kamen auch Bläschen und Pusteln zum Vorschein, sowie etwas Neigung zu kreisförmiger Gruppierung. Die Läsionen heilten ohne Störung ab.

Philippi - Bad Salzschlirf.

Ein Apparat zur mechanischen Behandlung des Hydrops anasarca und Untersuchungen über die chemische Zusammensetzung der Ödemflüssigkeit, von Karl Dehio-Dorpat. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1900. No. 51.) Die Methoden, die zur Ableitung der Ödemflüssigkeit bei Hautwassersucht sich der Hülfe der Dränage bedienen, haben den Nachteil, dafs die Kanülen oder Röhren, abgesehen davon, dafs sie nicht leicht verstopfen, nicht selten zu Druckgangrän Anlafs geben. Bei den Skarifikationen und tieferen Hautschnitten wieder besteht die Gefahr der Wundinfektion infolge des ungenügenden Luftabschlusses. Dieser Gefahr soll die „Trichterbinde" des Verfassers begegnen. Der Apparat besteht aus einem Gummitrichter, der in das eine Ende einer 10 cm breiten, 12 cm langen elastischen Gummibinde eingeschmolzen ist; der freie Teil der Binde ist der Länge nach in der Mitte zerspalten. Unter den üblichen antiseptischen Kautelen werden 2 oder 3 parallele Einschnitte von 2 bis 3 cm Länge in die Haut gemacht, die ganze Cutis durchsetzend; dann wird der Trichter darüber gelegt und durch Bindentouren luft- und wasserdicht, aber ohne die Umgebung zu komprimieren, befestigt. Um die Ödemflüssigkeit unter erhöhtem Drucke ausfliefsen zu lassen, wird der Kranke am besten in einen Lehnsessel sitzend gebettet. So gelingt es, in 1 bis 2 Tagen 10 und mehr Liter Flüssigkeit abzulassen. Dann wird die Binde entfernt, die Hautschnitte werden durch Nähte geschlossen und mit einem leicht komprimierenden, antiseptischen Verband bedeckt. Verfasser hat stets primäre Vereinigung erzielt. — Die Vorteile dieser Behandlnng bestehen in rascher und reichlicher Entfernung der Flüssigkeit, dem Schutze gegen Infektion, der leichten und bequemen Handhabung; der Kranke ist dabei in seiner Bewegungsfähigkeit unbehindert und wird auch sonst in keiner Weise belästigt; endlich kann die Flüssigkeit durch ein an dem Trichter angebrachtes Abflufsrohr bequem aufgefangen und zu Untersuchungen benutzt werden. — In der grofsen Mehrzahl der Fälle ist der Erfolg der Behandlung ein recht guter, wenn auch oft nur temporärer; nur sehr selten versagt die Methode, weil nur wenig Wasser abfliefst, meist bei anämischen und kachektischen Kranken und wenn die Herzkraft schon erlahmt ist. Einmal traten urämische Erscheinungen, mehrmals schwer zu stillende Durchfälle auf. Je zeitiger die Behandlung geübt wird, um so besser werden voraussichtlich die Erfolge sein. — Was die chemische Zusammensetzung der hydrophilen Flüssigkeit betrifft, so ist der Eiweifsgehalt bei Nephritis geringer als bei Herzfehlern und allgemeiner venöser Stase; der Stickstoffgehalt ist auffallenderweise bei beiden Krankheitsgruppen ziemlich gleich. Der Eiweifsgehalt ist bedeutend geringer als gewöhnlich bei den Transsudaten der Brust- und Bauchhöhle. Ein Vergleich der quantitativen Zusammensetzung des normalen menschlichen Blutplasmas mit der der Ödemflüssigkeit zeigt, dafs die Salze in derselben Konzentration durch die Kapillarwände hindurchtreten, welche sie im Blute besitzen, dem Austritt des Eiweifs aber setzt die Kapillarwand, wie der geringe Eiweifsgehalt beweist, einen bedeutenden Widerstand entgegen.

A. Loewald-Cassel.

Ein Fall von akutem rheumatischem Ödem, von Torres. (*La Semana medica.* 1900. No. 38.) Es handelte sich um ein 9jähriges, schwächliches Kind eines

an Rheumatismus leidenden Vaters, welches nach einer Erkältung an heftigen Schmerzen am ganzen Körper erkrankte. Am dritten Tage stellte sich am linken Unterschenkel ein elastisches, blasses, heifses, sehr schmerzhaftes Ödem ein. Es bestand starkes Fieber und der Fall komplizierte sich mit Veränderungen am Herzen. Das Ödem erstreckte sich in den folgenden Tagen über den rechten Oberschenkel, das Gesicht, den Arm. Exitus am zehnten Tage. *C. Müller-Genf.*

Arthritisches Ödem der Lider, von A. Trousseau. (*Presse méd.* 1901. No. 19.) Verfasser betont, dafs ein grofser Teil der sogenannten essentiellen Lidödeme arthritischen Ursprungs sei und fordert auf, diese Hypothese oder diesen Umstand in künftigen Fällen nachzuprüfen. *Hopf-Dresden.*

Über die Urticaria pleuritica, von Gomez. (*Rif. med.* 1900. No. 72.) Es handelt sich zuerst um ein von Rummo und dann von Carageorgiades beschriebenes Symptom in der Resorptionsperiode der Pleuritis, das in dem Auftreten von Urticariaquaddeln am Rumpfe, Abdomen, in den Analfalten besteht. Die Erscheinung bildet ein günstiges prognostisches Phänomen bei der Pleuritis fibrinosa acuta, und zwar ein um so günstigeres, als es frühzeitiger erscheint. Die genannten Autoren betrachten diese Urticaria als eine Intoxikation des Organismus durch die Toxine des pleuritischen Exsudates, welche während der Resorption in den Lymphkreislauf geworfen werden. *C. Müller-Genf.*

Urticaria mit Albuminurie, von Max Günzburger-Offenburg (Baden). (*Münch. med. Wochenschr.* 1901. No. 14.) Bei einem 13jährigen, vorher vollständig gesunden Knaben trat einen Tag nach dem Genufs scharfer Rettige eine typische Urticaria und am nächstfolgenden Tage Ödem des Gesichts und Albuminurie (1 ‰ nach Esbach) auf. Der Albumengehalt nahm nach wenigen Tagen ab, nach ca. 14 Tagen war und blieb der Urin frei von Eiweifs. Cylinder, Epithelien oder Leukocyten waren nie zu finden gewesen. Der Verfasser glaubt, dafs, wie die Urticaria, so auch die Albuminurie eine durch den Genufs der scharfen Rettige verursachte Reizerscheinung war. *Götz-München.*

Ein Fall von bullöser Urticaria, von S. H. Carr. (*Brit. med. Journ.* 10. Nov. 1900.) Eine 35jährige Frau hatte Kabeljau am Abend gegessen und verspürte bald darauf Jucken im Gesicht. Als Verfasser die Patientin am nächsten Morgen sah, zeigte dieselbe an den Oberextremitäten, oberem Teile des Stammes und im Gesicht einen Urticariaausschlag, der bald von grofsen Blasen an beiden Ohren, an den Handgelenken, Vorderarmen gefolgt war. Auch die Mund- und Rachenschleimhaut war befallen, so dafs die Patientin nur mühsam schlucken konnte. Gleichzeitig bestand beträchtliches Fieber, Jucken, später Brennen. Aus den Urticariaquaddeln entwickelten sich augenscheinlich die zahlreichen Blasen, so dafs von Pemphigus keine Rede sein konnte. — Über den weiteren Verlauf wird nichts mitgeteilt.
C. Berliner-Aachen.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXXIII. No. 5. 1. September 1901.

Ein Fall von Hypertrichosis auf einem von gonorrhoischem Gelenkrheumatismus ergriffenen Arm.

Von

Dr. A. v. Karwowski-Posen.

Ein noch wenig aufgeklärtes Gebiet der Dermatologie ist, ähnlich wie die Alopecia areata auch ihr Gegenstück, die Hypertrichosis, insbesondere die Hypertrichosis localis acquisita. Es ist auch diese Erscheinung verhältnismäfsig selten (Joseph) und die Zahl der beobachteten Fälle nicht sehr grofs. Zumeist waren es lokale Reize, welche das gesteigerte Wachstum der Haare zu bedingen schienen.

So sah Rayer eine Hypertrichosis bei einem Kinde an der Stelle, wo ein Zugpflaster aufgelegt worden war, Boyer beschreibt einen Fall von abnormer Behaarung bei einer Frau an der Stelle des Schenkels, wo zuvor eine Entzündungsgeschwulst vorhanden gewesen war. Ferner berichtete Behrend über eine Dame aus Kopenhagen, welche, um das dicht stehende Wollhaar am Kinn und der Oberlippe zu beseitigen, in Schwefelsäure getauchte Nadeln in die Haut einstach und an den durch die Ätzung entstandenen Narben nun erst recht lange borstenartige Haare bekam. Auch Lesser erwähnt eines Falles, wo bei einem jungen Violinisten an der Stelle, wo die Geige dem Kinne anlag, ein lokaler Haarwuchs sich einstellte.

Interessant ist die Beobachtung Behrends, welcher im deutsch-französischen Kriege des öfteren in Erfahrung brachte, dafs bei Schufsfrakturen die betreffende Extremität während der Heilung sich mit Haaren bedeckte, und zwar am stärksten in der Nähe der Wunde, wo die Haut mit dem Eiter am meisten in Berührung kam. Während nun B. die Hypertrichosis hier als Folge des Reizes durch den Eiter ansieht, wird von Fischer und Leyden die Auffassung vertreten, dafs diese Erscheinung eine Art trophoneurotischer Störung darstelle. Nach Leyden ist die Hypertrophie der epidermoidalen Gebilde eine Kompensation für die Atrophie der Muskulatur. Es wird diese Ansicht gestützt durch die Beobachtungen von Erb und Schiefferdecker, welche gesteigertes Haarwuchstum bei

Spinallähmungen sahen. Auch der von JOSEPH citierte Fall von CRAMPTON — bei einer Dame, deren N. musculo-cutaneus beim Aderlafs verletzt worden war, bedeckte sich der Arm später dicht mit Haaren — scheint für die trophoneurotische Theorie LEYDENS zu sprechen.

Es läfst sich schwer entscheiden, welche Erklärung die richtige ist, wohl mag in einer Reihe von Fällen die eine, bei einer anderen die andere berechtigt sein. Dafs vielleicht noch andere ätiologische Momente hierbei mitspielen können, darauf scheint mir folgender von mir beobachteter Fall hinzudeuten.

Patient S., Photograph, 24 Jahre alt, welcher vor 1½ Jahren eine Gonorrhoe durchgemacht hatte und geheilt wurde, kam am 31. X. zu mir in Behandlung mit einer drei Tage alten Blennorrhoe. Im Sekret zahlreiche Gonokokken, Ausfluſs ziemlich stark. Es wurden Injektionen von Itrol 0,03 : 200,0, viermal täglich, sowie Ol. Salosantali innerlich verordnet.

5. XI. Bakterien und Ausfluſs bedeutend abgenommen: Rez.: Sol. Zinc. sulfocarb. 0,5, Itrol 0,06 : 200,0.

7. XI. Einspritzung hat etwas gebrannt. Ausfluſs geringer. Erste Urinportion leicht getrübt mit spärlichen Fäden, zweite klar mit einzelnen Kommafädchen.

18. XI. Ausfluſs verschwunden.

19. XI. Ausfluſs und Gonokokken völlig verschwunden. In beiden klaren Urinportionen spärliche Kommafädchen. Patient klagt über leichte Schmerzhaftigkeit im Daumen der linken Hand.

22. XI. Der Schmerz im Daumen der linken Hand hat aufgehört. Dafür eine heftige schmerzhafte Entzündung des rechten Handgelenkes. Ichthyolvasogen, kurze Schiene und Gazeverband. Salol innerlich.

23. XI. Patient liegt zu Bett. Schmerzen unerträglich, selbst mehrmaliges Einspritzen von Morphium vermag sie nicht zu lindern. Patient hält den Arm fortwährend vertikal nach oben.

24. XI. Status idem. Morphium, Jodpinselung des erkrankten Gelenkes.

25. XI. Schmerz hat etwas nachgelassen.

27. XI. Patient wird besserer Pflege halber in ein Krankenhaus geschafft. Priefsnitzumschläge auf das Gelenk und unteres Drittel des Unterarmes, Fixation durch kurze Schiene. Allmählich läfst die Schmerzhaftigkeit nach.

Nach 16 Tagen verläfst Patient freiwillig die Anstalt und sucht einen „Naturarzt“ auf.

Der rechte Unterarm ist mit einem üppigen dunklen Haarwuchs bedeckt, welcher einerseits bis auf den Handrücken, andererseits bis auf den Ellenbogen reicht.

Die Länge der Haare beträgt bis 2 cm.

Der „Naturarzt“ versucht durch Lichteinwirkung und Vibrationsmassage die Beweglichkeit des noch entzündeten Gelenkes herzustellen, doch zeigt sich von neuem Rötung und Schwellung.

In diesem Zustand stellt sich Patient wieder bei mir vor am 9. II. Das Gelenk ist steif, heifs und bei passiven Bewegungen — aktive sind ausgeschlossen — schmerzhaft. Finger ödematös, weder aktiv noch passiv beweglich. Der rechte Unterarm, wie erwähnt mit schwarzen Haaren

bedeckt, während der linke Arm ganz haarlos, weifs erscheint. Das Wachsen der Haare ist Patientem bereits in der dritten Woche nach Beginn der Gelenkentzündung, also noch im Hospital und vor Anwendung des Lichtes und der Massage aufgefallen.

Unter vorsichtiger Anwendung des Thermophors, Massage und Elektricität gelingt es binnen drei Wochen das Gelenk soweit beweglich zu machen, dafs Patient einen Stuhl ohne Schwierigkeit heben kann.

Im ersten Augenblick legte ich der an sich ja harmlosen Erscheinung des Haarwuchses keine Bedeutung bei. Ich hielt ihn für eine zufällige Folge der applizierten reizenden Mittel — die Jodtinktur war 5—6 mal aufgepinselt worden — und feuchten Verbände. Als ich aber in Josephs „Lehrbuch der Hautkrankheiten" eine Notiz über einen analogen Fall von Hypertrichosis bei gonorrhoischem Gelenkrheumatismus fand, gewann ich für den Fall um so gröfseres Interesse, als ich in der mir zugänglichen Litteratur keine derartige Beobachtung fand und auch Herr Dr. Joseph in liebenswürdiger Weise mir mitteilte, ein solches Analogon nicht zu kennen.

Was konnte nun der Grund des üppigen Haarwachstums in so kurzer Zeit gewesen sein?

Die Annahme, dafs die durch die Entzündung bedingte stärkere Blutzufuhr einerseits, die Jodpinselungen und feuchtwarmen Umschläge andererseits den Reiz zum Haarwachstum gegeben haben, wird dadurch zweifelhaft, dafs sowohl die entzündliche Schwellung, als die therapeutischen Applikationen nur auf das entzündete Gelenk beschränkt waren, die Hypertrichosis aber deutlich darüber hinaus, und zwar bis zum Ellenbogen ausgesprochen ist.

Mehr für sich scheint hier die Theorie Leydens zu haben. Durch die aufserordentliche Schmerzhaftigkeit sowohl, als auch durch die kleine Holzschiene war der Unterarm unbeweglich geworden, was natürlich einen leichten Grad von Atrophie der Muskeln zur Folge hatte. Als eine Art Kompensation dieser Atrophie könnte dann das Wachstum der epidermoidalen Gebilde i. e. der Haare gelten.

Würde aber diese Erklärung eine allgemeine Gültigkeit haben, so müfste bei den regelmäfsig nach fixierenden Verbänden bei Knochenbrüchen etc. eintretenden Muskelatrophien doch ein „kompensatorisches" Haarwachstum viel öfter beobachtet werden, als es thatsächlich der Fall ist.

Ich möchte hier eine dritte Möglichkeit nicht ganz von der Hand weisen, nämlich die Einwirkung spezifischer Toxine der Gonokokken.

Wir wissen, dafs dieselben, in den Blutkreislauf gelangt, fähig sind, Erytheme, Blasen, Papeln etc. und nach den Arbeiten von Vidal, Jeanselme, Chaufford, Robert, Jacquet und Ghik, und Stanislawski

auch horn- und warzenartige Efflorescenzen hervorzurufen, welche am stärksten auf der am meisten von der gonorrhoischen Gelenkerkrankung in Anspruch genommenen Körperseite auftraten.

Stanislawski und die meisten Autoren sind der Ansicht, dafs hierbei die Toxine das Nervengewebe affizieren und so sekundär eine trophische Störung in der Haut verursachen, während Finger die Erscheinung als einen reflektorischen Prozefs auffafst, ähnlich wie er bei Dysmennorrhoe und anderen Genitalleiden beobachtet wird. Stanislawski legt das Hauptgewicht auf das symmetrische Auftreten der Efflorescenzen und sieht hierin den Grund zur Annahme einer Trophoneurose, und dies wohl mit Recht. Aber es sind genügend Beobachtungen von gonorrhoischen Exanthemen beschrieben, welche auf keinen Zusammenhang mit gewissen Nervengebieten, sondern auf einen direkten Einfluſs der Gonokokken, bezw. deren Toxine auf die Haut hindeuten (Litten). In ähnlicher Weise nun wie die Toxine Entzündungserscheinungen und das Wuchern epidermoidaler Gebilde in der Haut veranlassen können, so dürften sie vielleicht nicht ohne Einfluſs sein auf die Haarpapillen, und unter gewissen Umständen eine regere Thätigkeit derselben verursachen. Diese Anschauung liefse sich in meinem Falle damit in Einklang bringen, dafs gerade der Unterarm, dessen Handgelenk Sitz der gonorrhoischen Erkrankung war, und der daher den Toxinen in erster Reihe ausgesetzt sein mufste, die Hypertrichosis aufwies.

Ich bin weit entfernt, aus diesem Zusammentreffen der gonorrhoischen Affektion mit der Hypertrichosis in meinem und Josephs Fall bestimmte Schlüsse auf einen ätiologischen Zusammenhang dieser beiden Erscheinungen zu ziehen, dazu müfste man mit Sicherheit alle anderen Momente ausschliefsen können. Ich bezweckte nur, durch Veröffentlichung dieses Falles die Aufmerksamkeit der Fachgenossen auf diesen Punkt zu lenken, wodurch vielleicht eine gröfsere Anzahl analoger Beobachtungen zu Tage gefördert werden dürfte.

Litteratur.

Behrend, Hypertrichosis. *Eulenburgs Encyklopädie.* 1896. Bd. XI.

Joseph, Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Bd. I. 3. Aufl. S. 176.

Brischke, Über Exantheme bei Gonorrhoe. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1899. Bd. 48, Heft 2 u. 3.

Lesser, Hautkrankheiten. 7. Aufl. 1892. S. 195.

Stanislawski, Über einen Fall von gonorrhoischer Urethritis mit Affektion der Gelenke, symmetrischem hornartigen Hautausschlag und Ausfallen der Nägel. *Monatsber. üb. d. Gesammtl. auf d. Geb. d. Krankh. d. Harn- u. Sexualappar.* 1900. Bd. V, Heft 11, S. 643.

Ann. de Derm. et de Syph. 1893, S. 3; 1895, S. 525; 1897, S. 793, 1053 u. 789.

Aus der dermatologisch-syphilitischen Abteilung des St. Lazarus-Hospitals und dem histologisch-bakteriologischen Institute des Prof. Nowak in Krakau.

Die histologischen Merkmale der syphilitischen Exantheme im Vergleich mit den klinisch ähnlichen Dermatosen.

(Übersetzung einer in den Verhandlungen der Akademie der Wissenschaft zu Krakau publizierten Arbeit.)

Von

Dr. Franz Krzyształowicz.

Mit Tafel I—III.

Nur eine kleine Anzahl der Hautaffektionen ist in Bezug auf ihren klinischen Verlauf, auf das Gesamtbild ihrer Erscheinungen so gut bekannt geworden, wie die Syphilis. Die Mannigfaltigkeit der Formen, in welchen sie auf der Hand auftritt, wie auch die verschiedene Lokalisation derselben, verleihen ihr aber nicht selten eine solche Ähnlichkeit oder zumindest eine solche klinische Annäherung an anderweitige Hauterkrankungen, dafs die Diagnose dadurch oft nicht unerheblich erschwert wird. Sehr oft sind die anamnestischen Angaben des Kranken betreffs des Krankheitsverlaufes für die Diagnose entscheidend, wenn diese aber mangelhaft sind, wenn der Kranke nämlich von seiner Krankheit keine Kenntnis hat oder dieselbe mit Absicht zu verhehlen sucht, dann ist die Diagnose immer zweifelhaft.

Durch eine Reihe von Jahren hatte ich Gelegenheit eine grofse Anzahl von Syphilisfällen auf der Abteilung im St. Lazarus-Hospitale zu Krakau zu beobachten und durch die eben erwähnte Mannigfaltigkeit der Krankheitserscheinungen wie auch besonders ihre klinische Annäherung an andere Hauterkrankungen angeregt, fafste ich den Gedanken, alle auf der Haut auftretenden syphilitischen Veränderungen mikroskopisch zu untersuchen, um nicht blofs ihre histologischen Merkmale kennen zu lernen, sondern auch dieselben mit den mikroskopischen Veränderungen der jenen klinisch ähnlichen Krankheiten zu vergleichen. Und ich gebe mich der Hoffnung hin, durch solchen Vergleich in diese Frage etwas Licht bringen zu können.

Wenn man die Art der Entstehung und den ganzen Verlauf der Syphilis genau beobachtet, so ist es durch den Vergleich nicht schwer festzustellen, dafs dieselbe eine Infektionskrankheit ist, die durch ein spezifisches, organisiertes, bis jetzt trotz aller Nachforschungen noch ganz unbekanntes Virus hervorgerufen wird.

Sobald der Krankheitserreger durch eine verletzte Hautstelle in den Organismus gedrungen ist, so entsteht nach einiger symptomlosen Zeit an der Stelle der stattgefundenen Infektion (in loco infectionis) eine Infiltration, der sogenannte syphilitische Primäraffekt (Initialsklerose). Die Inkubationsperiode dauert gewöhnlich 3—4 Wochen, ist selten länger und nur ausnahmsweise kürzer. Die Schwellung der benachbarten Lymphdrüsen stellt sich nicht selten fast gleichzeitig mit den ersten Anzeichen der Krankheit, gewöhnlich aber etwas später ein.

Die Infiltration hat gewisse charakteristische Zeichen, welche die Diagnose erleichtern. Anfangs bildet sich auf der oft exkoriierten Haut eine bläulichrote, mehr oder minder deutlich umschriebene, etwas schmerzhafte Erhabenheit, welche beim Druck eine bedeutende, zuweilen knorpelige Härte zeigt. Diese Eigenschaften behält diese Veränderung auch während ihres weiteren Verlaufes, insbesondere aber die Härte der Infiltration, nach welcher sie auch die Bezeichnung initiale Sklerose erhalten hat. Bildet sich auf der Oberfläche der Infiltration nicht bloſs eine Exkoriation, sondern eine vollständige Exulceration aus, die zuweilen tief in die Haut reichen und ziemlich ausgebreitet sein kann, so spricht man von einem sklerotischen Geschwür.

Die Dauer des Geschwürs hängt von der Behandlung desselben und von der Widerstandskraft des Organismus ab, und nach erfolgter Heilung bleibt fast ausnahmslos eine deutliche Spur zurück, denn obwohl die epithelialen Defekte vollständig ersetzt werden, ohne eine Narbe zu hinterlassen, so verrät doch die noch Monate lang fortdauernde Infiltration durch ihre charakteristische Härte die Stelle, an welcher das syphilitische Gift in den Körper gedrungen ist.

Zuweilen erfolgt gleichzeitig mit der syphilitischen Infektion auch die mit dem Virus des venerischen Geschwürs. In diesem Falle kommt zuerst das Bild des letzteren zum Vorschein und erst nach dem Reifwerden des syphilitischen Giftes treten neben den Erscheinungen des venerischen auch die charakteristischen Merkmale des sklerotischen Geschwürs auf (infectio mixta).

Wir wissen thatsächlich nicht, binnen welcher Zeit — vom Tage der Lokalinfektion gerechnet — die Allgemeininfektion des Körpers mit dem syphilitischen Gifte erfolgt. Die meisten Syphilidologen sind der Ansicht, daſs vor dem Erscheinen der Initialinfiltration von einer Allgemeininfektion noch nicht die Rede sein kann, daſs also das Gift in den Säften des Körpers noch nicht cirkuliert; der Primäraffekt selbst aber wird als Ausdruck der Syphilis des ganzen Körpers betrachtet. Doch scheint die Initialinduration in manchen Fällen nur eine Lokalaffektion zu sein, denn es sind Fälle bekannt von Überimpfungen solcher Geschwüre auf benachbarte Körperstellen.

Von der Stelle der stattgefundenen Infektion aus dringt das Gift anfangs höchst wahrscheinlich auf dem Wege der Lymphbahnen weiter in den Körper fort, daher auch die sich bald einstellende Schwellung erst der nächstliegenden, dann aber auch der entlegenen Lymphdrüsen. Es muſs aber nötigerweise angenommen werden, daſs es dann auch in den Blutkreislauf gelangt und so dem ganzen Körper rasch mitgeteilt wird. Überdies nimmt LANG noch die Möglichkeit an, daſs das Gift sich durch die Interstitialräume weiter verbreitet und dadurch eine Infektion der umgebenden Gewebe zu stande kommt (regionäre Infektion). Endlich spricht derselbe auch von der Möglichkeit sekundärer Infektionen, und zwar wenn der Primäraffekt in der Form eines Geschwürs auftritt und auf der Haut anderweitige Veränderungen, wie: Exkoriationen, Psoriasis, Follikulitiden u. dergl. vorhanden sind, auf welche das Virus leicht übertragen werden kann.

Sobald das Gift den Gesamtorganismus einmal beherrscht hat, kann es dann in verschiedenen Organen verschiedenartige Veränderungen erzeugen. Wiewohl die letzteren am häufigsten zuerst auf der Haut zum Vorschein kommen, so werden doch zuweilen vor ihrem Auftreten Erscheinungen an anderen Organen beobachtet. Daher kann die RICORDsche Lehre, nach welcher eine gewisse Regelmäſsigkeit in der Reihenfolge und Intensität der Krankheitserscheinungen in der Art bestehen soll, daſs die syphilitische Affektion zuerst Veränderungen an den oberflächlichen, dann erst den tieferen, inneren Gewebssystemen hervorruft, nicht aufrecht erhalten werden, und wird auch diese schematische Einteilung in drei Krankheitsperioden: die primäre, sekundäre und tertiäre, immer mehr in den Hintergrund gedrängt.

Um das Bild zu ergänzen muſs noch bemerkt werden, daſs nicht selten vor dem Auftreten der genannten Veränderungen auch solche Erscheinungen, wie Fieber, allgemeines Schwächegefühl, Kopfschmerzen, Schmerzen in den Extremitäten, Schlaflosigkeit u. dergl. vorkommen, welche als Folgeerscheinungen nicht etwa nur des im Blute zirkulierenden Giftes, also der Infektion, sondern vielmehr der Einwirkung der von Mikroorganismen produzierten Stoffe, also der Intoxikation, aufzufassen sind.

Einige Wochen nach dem Erscheinen des Primäraffektes — selten später — treten auf der Haut, seltener auch auf der Schleimhaut, Veränderungen verschiedener Form auf: von kaum wahrnehmbaren Flecken bis zu vollständigen Defekten der Haut resp. Schleimhaut.

Fast alle Autoren geben zwar zu, daſs die klinischen Merkmale der Syphilide nicht in ihren morphologischen und physikalischen Eigenschaften, welche doch auch anderen nicht-syphilitischen Exanthemen eigen sein können, sondern vielmehr in ihrem Gesamtverlaufe, ihrer Lokalisation und

den die Allgemeinerkrankung kennzeichnenden Eigenschaften bestehen. Nichtsdestoweniger aber führen alle gewisse eigentümliche morphologische Wahrzeichen an, welche die Syphilide von den ihnen ähnlichen Efflorescenzen der Haut unterscheiden lassen.

Vor allem erscheint der syphilitische Ausschlag von der Umgebung deutlicher abgegrenzt, als die ihm ähnlichen, nicht-syphilitischen Veränderungen es sind. Dann ist die Röte des ersteren nur im Anfange ganz ausgesprochen lebhaft und geht nach kurzer Zeit in eine braunrote Farbe über, welche längere Zeit — bei beinahe unveränderter Gestalt des Ausschlages — fortbestehen bleibt. Endlich ist noch ein wichtiges klinisches Merkmal hervorzuheben, und zwar, dafs die syphilitischen Flecken oder Knötchen unter dem Diaskop nicht ganz verschwinden, sondern immer noch in der Tiefe durch die Haut durchscheinende Punkte zurücklassen.

Die Syphilide dauern gewöhnlich in fast unverändertem Zustande einige Wochen und beginnen dann, auch ohne jede Behandlung, allmählich zurückzugehen. Die roten Flecken gehen immer mehr ins Braune über, die Knötchen platten sich endlich bis zur Hautoberfläche ab und bleiben gewöhnlich eine gewisse Zeit nur noch als braune Flecken fortbestehen. Die pustulösen Veränderungen vertrocknen und bilden gröfsere oder kleinere, bald auffallende Schorfe, während die darunter liegenden Knötchen gleichzeitig schwinden.

Die syphilitischen Veränderungen bieten somit sowohl im Augenblicke ihrer Entstehung, wie auch in ihrem Verlaufe und der Art wie sie zurückgehen, manche charakteristische Eigentümlichkeiten, die jedoch in streng diagnostischem Sinne nicht immer verwertet werden können, so dafs in vielen Fällen erst der Verlauf der Krankheit, die Lokalisation und Anordnung der Veränderungen für die Entscheidung den Ausschlag geben.

Doch will ich an dieser Stelle die sonst allen bekannten Einzelheiten dieser Frage nicht weiter erörtern und komme nun auf die eigentliche Aufgabe: die oben genannten klinischen Merkmale durch mikroskopische Befunde zu begründen, zurück.

Der syphilitische Primäraffekt (Sclerosis initialis).

Eine gleich am Anfange ihres Bestehens ausgeschnittene Sklerose bietet folgendes mikroskopisches Bild:

Die Epidermis ist fast im ganzen, besonders aber im peripheren Teile verdickt. Die Hornschicht fehlt gewöhnlich im mittleren Teile, am Rande ist sie dagegen zuweilen verdickt und desquamiert. Die Körnerschicht ist oft geschwunden, im peripheren Teile aber zuweilen stärker entwickelt als im normalen Zustande. Die Zellen der Stachelschicht treten in verdickten Lagen hervor, und zwar werden sie im mittleren Teile der Sklerose,

wo die Epidermis ganz fehlen kann, noch in der eigentlichen Cutis, als lange, zwischen die vergrößerten Papillen tief hinablaufende Streifen gefunden, während sie im peripheren Teile und in der nächsten Umgebung der Sklerose in mächtigen Schichten mit bedeutenden interpapillären Zapfen eine Art Grenzgürtel bilden, der sich über 2—3 Hautpapillen erstreckt und dann allmählich in normale Epidermis übergeht. Die Zellen dieses Grenzgürtels sind groß, hie und da findet man Mitosen.

An der Grenze der Sklerose werden nicht selten zwischen den Epithelzellen mit Leukocyten gefüllte Hohlräume gefunden, gleich kleinen Abscessen, daneben werden auch in den Intercellularräumen, die in dieser verdickten Stachelschicht größer sind als im normalen Zustande, einzelne Leukocyten angetroffen.

Doch gestalten sich diese Verhältnisse nicht immer so typisch, wie ich sie oben geschildert habe. Gewöhnlich findet man nur in den Papillen bloß Reste der Epithelzellen in kleinen Gruppen, während die Oberfläche der Sklerose im mittleren Teile fast aller Schichten der Epidermis beraubt ist und an deren Stelle sich eine aus Leukocytenkernen, Fibrin und Überresten der Epithelzellen bestehende Decke befindet. Nach der Peripherie zu werden die Epithelschichten immer dicker und nähern sich immer mehr der der Norm, obwohl noch immer der Hornschicht entbehrend, bis sie endlich in den oben geschilderten Grenzgürtel übergehen.

Die Umrisse der Hautpapillen sind verwischt und fallen letztere mit der eigentlichen Haut, wo der eigentliche Krankheitsprozeß stattfindet, zusammen.

Auf einem Querschnitt fällt also vor allem eine Infiltration auf, welche sich von dem einen bis zum anderen Rande der Sklerose erstreckt und zwar an derselben Stelle der eigentlichen Cutis, wo im normalen Zustande das parallel zur Hautoberfläche verlaufende Gefäßnetz sich befindet. Von dieser sozusagen Hauptinfiltration aus laufen bedeutend geringere nach oben gegen die Oberfläche und gehen Ausläufer nach den Seiten und nach unten.

Bei stärkerer Vergrößerung kann man leicht erkennen, daß diese Infiltrate längs der Gefäße verlaufen. Durch diesen Umstand wird auch das mikroskopische Bild erklärt: An dieser Stelle nämlich eines Querschnittes, welche dem zur Hautoberfläche parallel verlaufenden Gefäßnetz entspricht, wo also mehr Gefäße vom Schnitte getroffen werden und deren Lumina größer sind als im weiteren Verlaufe nach oben, wird auch die Infiltration stärker entwickelt angetroffen; wohingegen die Gefäße fast senkrecht zur Hautoberfläche verlaufen und ihre Lumina immer feiner werden, da findet man an einem zur Hautoberfläche senkrecht gelegten Schnitt die Infiltration auch viel geringer. Infolge dieses Zusammenhanges mit den Gefäßen macht die Veränderung nicht den Eindruck eines be-

grenzten Ganzen, denn bei zufälligen Längsschnitten der Gefäfse lassen sich die Infiltrationen noch ziemlich weit über die Grenzen der Sklerose hinaus nach den Seiten wie auch nach unten bis tief in das subcutane Gewebe verfolgen.

Die Infiltrate bilden sich also, wie gesagt, um die Gefäfse. Von Wichtigkeit wäre es aber auch die Frage zu entscheiden, ob alle Gefäfse, d. h. die Blut- und Lymphgefäfse oder nur die einen oder die anderen, dann, ob nur die Arterien oder nur die Venen hier in Betracht kommen. Mit dieser Frage befassen sich die Autoren wenig, indem die meisten sich damit begnügen, nur im allgemeinen anzugeben, dafs die Umgebung der Blutgefäfse den Ausgangspunkt für die Infiltration bilde. Darin sind sie alle einig.

Biesiadecki gehört zu den ersten, die das mikroskopische Bild des Primäraffektes beschrieben. Nach seiner Schilderung beruht der syphilitische Primäraffekt auf einer kleinzelligen Infiltration der Interstitialräume des Bindegewebes, besonders aber der Adventitia der Blutgefäfse. Die Wandung der Gefäfse ist verdickt, und zwar nicht nur im Bereiche der Infiltration, sondern auch weit über ihre Grenzen hinaus. Das Lumen dieser Gefäfse ist verengt aber wegsam. Die Lymphgefäfse fand er stets erweitert. Aufserdem macht B. noch auf die grofse Anzahl hypertrophischer spindelförmiger oder polyedrischer, mit zahlreichen Fortsätzen versehener Bindegewebszellen aufmerksam, welche sich durch die Menge ihres Protoplasmas und ihre grofsen Kerne auszeichnen und in den Interstitialräumen des Bindegewebes frei liegen.

Auspitz und Unna bestätigen das eben beschriebene Bild und machen überdies auf das Ödem des Bindegewebes und das Bild, welches die Wandung der Gefäfse und zwar der Arterien und Venen bietet, aufmerksam, indem sie behaupten, dafs die Veränderungen sich nicht auf die Adventitia der Gefäfse allein beschränken, sondern nach und nach auch die Media und Intima in Anspruch nehmen, so dafs die einzelnen Membranen später nicht mehr voneinander zu trennen sind und die Intima gegen das Gefäfslumen wuchert und endlich Obliteration desselben verursacht (entarteriitis et endophlebitis).

In seiner nächstfolgenden Arbeit beschreibt Unna die an einem ganz frischen Primäraffekt gefundenen Veränderungen. Er fand das Endothel der Gefäfse geschwollen und stark gegen das Lumen hineinragend, die Media ebenfalls geschwollen, die Kerne der Muskelzellen deutlicher hervortretend und erst an der Grenze dieser Membran und der Adventitia, besonders aber zwischen den derben Bündeln der letzteren erscheinen die Zellen der Infiltration in konzentrischer Anordnung. Die Infiltration ist um die Venen reichlicher als um die Arterien. Die Kerne der Muskelzellen scheinen an der Proliferation Anteil zu nehmen und die

geschwollenen Endothelien ragen deutlich in das Gefäfslumen hinein. Das Endothel der Lymphgefäfse ist unverändert, ihre Adventitia etwas infiltriert. In der Umgebung der Gefäfse sind die Bindegewebsfasern hypertrophisch und von den Zellen der Infiltration umgeben. Als Folgeerscheinung dieser die Gefäfse einschliefsenden Infiltration betrachtet UNNA die darauf folgende Obliteration des Gefäfslumens (arteriitis et phlebitis obliterans), indem er die Wucherung des Endothels als sekundären Prozefs annimmt. Er stellte nämlich fest, dafs die Infiltration von der Adventitia der Gefäfse und zwar von den Kapillaren derselben ausgeht, sich dann zwischen den Membranen der Gefäfswand immer näher gegen das Gefäfslumen fortpflanzt und endlich auch auf die Endothelzellen der Gefäfse einwirkt. Dabei bemerkt noch UNNA, dafs die Infiltration der Gefäfswandung häufiger den Verschlufs des Gefäfses als die Obliteration zur Folge hat. Endlich ist noch zu bemerken, dafs UNNA in seiner „Histologie der Haut" diese Infiltrate als fast ausschliefslich aus Plasmazellen bestehend beschreibt.

NEISSER sucht den Umstand, dafs die Infiltration um die Venen reichlicher ist als um die Arterien, dadurch zu erklären, dafs das Virus in den Lymphräumen cirkuliert und hier ein Auswandern von Leukocyten hervorruft, aus welchen sehr rasch spindelförmige Bindegewebszellen entstehen. Er betrachtet somit den syphilitischen Primäraffekt als eine gewöhnliche Granulationszellengeschwulst mit der Tendenz neue Gefäfse zu bilden, wie dies in jedem jungen Granulationsgewebe geschieht. Auch er beschreibt gleich BIESIADECKI, AUSPITZ und UNNA grofse hypertrophische Zellen, die er als für die Syphilis spezifisch bezeichnet und er nimmt sogar an, dafs eben diese Zellen möglicherweise spezifische Mikroorganismen enthalten.

NEUMANN führt keine neuen Einzelheiten an. Auch er findet die Lymphgefäfse unverändert und beschreibt alle Membranen der Gefäfswandung als vom Krankheitsprozefs betroffen.

Eine ähnliche Stellung nehmen auch FINGER, LESSER und LANG ein. Letzterer ist überdies der Meinung, dafs die Lymphgefäfse in diesem Prozesse aktiven Anteil nehmen, wenn auch die Veränderungen hier weniger ausgeprägt sind als an den Blutgefäfsen.

KROMAYER betrachtet als das für die syphilitischen Veränderungen meist charakteristische Merkmal — die Derbheit der infiltrierten Gewebe, die dadurch hervorgerufen wird, dafs die proliferierenden Bindegewebszellen die normalen Gewebe nicht schädigen. An diesem Proliferationsprozefs beteiligen sich in erster Reihe die Wandungen der Gefäfse, und zwar alle Schichten derselben.

LETZEL beschreibt aufser den schon bekannten Veränderungen der Gefäfswände noch hyaline Degeneration derselben, sowie auch einen Wucherungsprozefs des Endothels der Lymphgefäfse.

Alle Autoren sind somit, wie oben erwähnt, darin einig, dafs die Infiltration sich hauptsächlich in den Wandungen der Blutgefäfse lokalisiert; einige nehmen auch die Beteiligung der Lymphgefäfse an. Erst in der jüngsten Zeit erschien eine Arbeit von BIEDER, welcher behauptet, dafs hauptsächlich die Lymphgefäfse und Venen von der Infiltration affiziert werden und erst sekundär, und zwar nach längerem Andauern des Prozesses auch die Arterien der Veränderung verfallen.

Eine ähnliche Meinung vertritt EHRMANN, indem er die Affektion der Interstitialräume und Lymphgefäfse als charakteristisch bezeichnet. Das Virus verbreitet sich nach seiner Anschauung auf dem Wege der Lymphbahnen, reizt in die Gefäfse und verursacht die Exsudation. Dadurch soll sich diese erste Periode von der sekundären unterscheiden, in welcher die Stämme und Verzweigungen der Blutgefäfse der Haut von einer Infiltration betroffen werden, welche zum Teil aus Leukocyten, zum Teil aus Plasmazellen (UNNA) besteht.

Wie schon früher bemerkt, ist also diese wichtige Thatsache festzuhalten, dafs die Infiltration um die Gefäfse herum am sichtbarsten ist. Bei stärkerer Vergröfserung sieht man die zahlreichen Infiltrationszellen, die in den Gefäfswänden zwischen den Bündeln des Kollagens konzentrisch angeordnet sind und die Gefäfse gruppenweise wie in einen Mantel einhüllen.

Beobachtet man ein etwas gröfseres Gefäfs näher, so kann man sehen, dafs die Infiltrationszellen die Adventitia und Media nicht selten in so grofser Menge befallen, dafs sie das Gefäfslumen verengen und das Endothel gegen das Lumen wie angeschwollen hineinragt. Es kann somit nur die Rede sein von einer Verengerung des Gefäfslumens durch den Druck der verdickten Wände, dagegen konnte ich in keinem Falle eine Verwachsung der Gefäfse beobachten. Ich teile also BIESIADECKIS Ansicht, dafs nämlich das Gefäfslumen zwar sehr verengert sein kann, dasselbe aber immer noch, wenn auch nur teilweise, wegsam ist.

Nicht minder wichtig ist der Umstand, dafs im Infiltrate zahlreiche Kapillaren sich befinden, und man hat sogar den Eindruck, als wenn diese der Ausgangspunkt der Infiltration wären, denn man findet sie nicht selten infiltriert neben Venen, die von der Infiltration ganz frei geblieben sind. Im allgemeinen erscheinen die Arterien mehr infiltriert als die Venen, die Lymphgefäfse nehmen in diesem Prozefs keinen aktiven Anteil, ihre Wandung ist gewöhnlich von der Infiltration frei und ihr Lumen erweitert (BIESIADECKI).

Es kommt auch vor, dafs in der eigentlichen Cutis mehrere Blutgefäfse, deren einige mehr, die anderen weniger infiltriert sind, in einer Kollagenhülle liegen, zwischen deren Bündeln Infiltrationszellen in konzentrischer Anordnung in immer gröfseren Ringen eingelagert sind. Nach

oben gegen die Hautoberfläche zu scheint die Infiltration geringer zu werden, die Zahl der Gefäfslumina wird kleiner, ihre Wandung aber ist noch meist infiltriert, die Lymphgefäfse sind erweitert und desto sichtbarer, je näher sie der Oberfläche der Sklerose liegen. Vergleicht man nun diese obere Hautschicht, in welcher die Gefäfse senkrecht zur Hautoberfläche verlaufen, mit jener Schicht der eigentlichen Cutis, in welcher das zur Hautoberfläche parallele Gefäfsnetz liegt, so ist schon dadurch allein der augenscheinliche Beweis erbracht, dafs die Infiltration hauptsächlich die Gefäfswandungen betrifft, — dafs eben hier der Krankheitsprozefs vor sich geht.

Die angeführten Autoren sprechen meist von einer Infiltration, ohne jedoch deren Beschaffenheit näher zu beschreiben. Erst UNNA hat diese Infiltrationszellen in seiner „Histopathologie" als Plasmazellen bezeichnet und bemerkt hierbei, dafs neben diesem sich noch viele hypertrophische Bindegewebszellen befinden.

Die Infiltration der Gefäfswandung besteht gröfstenteils aus Zellen, die sich durch gewisse besondere Eigenschaften von den übrigen Zellen unterscheiden lassen. Sie zeichnen sich nämlich aus durch ihren grofsen Kern mit körnigem Protoplasma; das Protoplasma der Zelle selbst ist sehr spärlich, nicht selten nur auf einer Seite des Kerns kaum als schmaler Streifen sichtbar. Ihre Form ist rundlich, elliptisch, wo sie aber in gröfserer Zahl nebeneinander liegen oder in den Interstitialräumen zusammengedrückt werden, zeigen sie auch Druckflächen und werden polyedrisch. Um die Gefäfse herum, wo die Infiltration reichlicher ist, sind sie kleiner und mehr abgerundet, nach oben zu, wo ihre Zahl abnimmt und sie freier liegen, sind sie gröfser und ihre Form elliptisch. Eben diese Zellen hat UNNA als Plasmazellen bezeichnet.

Aufser diesen befinden sich in den geschilderten Infiltraten Zellen von verschiedener Gröfse und Gestalt und viel Spongioplasma und wenig Granoplasma. So findet man also neben den in normaler Haut gewöhnlich sichtbaren spindelförmigen Zellen ähnliche, aber mit Seitenfortsätzen versehene Zellen (Flügelzellen) oder mehr abgeplattete, wie aus Plättchen zusammengesetzte Zellen (Plattenzellen) mit mehreren Kernen, oder mehr abgerundete, wie netzartig durchlöcherte Zellen (Schaumzellen), endlich grofse, mit zahlreichen spinnenförmigen Verzweigungen versehene Zellen (Spinnenzellen). Um alle diese Zellenformen und den Bau ihres Protoplasmas deutlich zum Vorschein zu bringen, mufs man sich der Färbemethoden bedienen, welche das Zellenprotoplasma sichtbar machen, wie namentlich derjenigen Zellen, welche UNNA gelegentlich der Beschreibung des Zellprotoplasmas erwähnt und welche ich später[1] „Spongioplasten" benannt habe.

[1] Über Xanthoma diabeticorum. *Monatsh. f. pr. Derm.* XXIX.

Folgt man den Fortsätzen dieser Spongioplasten, so kann man beobachten, dafs diese Zellen mittels der Fortsätze miteinander verbunden sind und so ein Netz bilden, in dessen Maschen die Plasmazellen eingelagert sind. Manche dieser Zellen, meist von spinnenförmiger Gestalt, die besonders da, wo keine Infiltration mehr vorhanden ist, also gegen die Peripherie der Sklerose zu liegen, sind sehr grofs und enthalten mehrere Kerne, es sind das diejenigen Zellen, welche Biesiadecki, Auspitz und Unna beschrieben haben (hypertrophische Bindegewebszellen) und welchen Neisser irrtümlicherweise eine spezifische Bedeutung zugeschrieben hat, denn man kann diese Zellen nicht selten in grofser Zahl im Granulationsgewebe und überhaupt überall da finden, wo ein Proliferationsprozefs des Bindegewebes stattfindet.

Auch die Mastzellen sieht man in nicht geringer Zahl, und zwar sind sie in reichlicher Menge im peripheren Teile zu finden, wo nämlich die Infiltration um die Gefäfse herum nur noch spärlich und locker ist.

Von Riesengebilden konnte ich in den von mir mikroskopisch untersuchten Sklerosen nichts finden.

Das Kollagen scheint qualitativ und quantitativ relativ normal zu zu sein. Um die Gefäfse herum, wo die Infiltration vorhanden ist, laufen zwischen den Zellenreihen feine Kollagenbündel, die dickeren erscheinen wie aus dem Bereiche der Infiltration nach aufsen verdrängt und etwas geschwollen. Es kann somit keine Rede sein von einer Zerstörung des Bindegewebes, sondern blofs von einem Auseinanderschieben seiner Bündel und von ihrem Ödem. Dasselbe läfst sich auch von den elastischen Fasern sagen, die die Kollagenfasern überall begleiten. An den Infiltrationsstellen fehlen sie ganz, in der Umgebung aber befinden sie sich in normaler Zahl, sie verlaufen nicht wie gewöhnlich wellenartig, sondern sie sind verworren und erscheinen dadurch infolge des Schnittes vielfach zerstückelt.

Leukocyten sind in den Anfangsperioden fast keine zu finden. Sie sind nur in unbedeutender Menge an der exkoriierten Oberfläche, in der Epidermis der Grenzverdickung in der Form von kleinen Abscessen, welche oben erwähnt wurden und vereinzelt mitten im Gewebe und in der Infiltration zu sehen.

Ich habe den Primäraffekt in seinem Anfangsstadium beschrieben, wo nur von der rein syphilitischen Infektion die Rede sein kann. Doch weifs man aus der klinischen Erfahrung, dafs diese Veränderung nur sehr selten ohne Geschwürbildung verläuft. Exkoriationen sind die Regel und sehr oft bildet sich sogar eine mehr oder weniger tiefe Ulceration aus. Dementsprechend mufs auch das mikroskopische Bild gewisse Veränderungen zeigen, welche meines Erachtens gröfstenteils auf eine sekundäre, von der Oberfläche der ihres gewöhnlichen Schutzes beraubten Haut ausgehende Infektion zurückzuführen sind.

In solchen Fällen — und diese sind, wie gesagt, die Regel — bleibt doch das wesentliche des Bildes unverändert: man sieht dieselben Infiltrate und in der gleichen Anordnung, so dafs dieses Geschwür mit Sicherheit von anderen getrennt werden kann.

Das Geschwür reicht nicht selten bis an die Papillarschicht, welche geschwollen und mit einem Schorf bedeckt ist. Hier und da kann man in den Papillen noch Herde von Epithelzellen oder Fortsetzungen von Follikeln finden. Zuweilen reicht das Geschwür, zumal an seinen Rändern, tief in das Bindegewebe der Papillen hinein. Die eigentliche Cutis ist von Blutserum und Leukocyten durchdrungen, hier und da findet man kleinere oder gröfsere Abscesse, in welchen spärliche Staphylokokken sich befinden. Infolge der Abscefsbildung gehen die Gewebe zu Grunde. Man sieht in denselben weder das Kollagen noch die elastischen Fasern, die Gewebe in der Umgebung der Abscesse sind ödematös und enthalten neben dem gewöhnlichen Infiltrate noch Leukocyten, welche hier und da auch in die Gefäfslumina hineingelangen. Es findet somit eine Zerstörung sowohl auf der Oberfläche wie auch im Inneren der infiltrierten Gewebe statt. In solchen Fällen sind auch mehr oder weniger deutliche Narben, welche der syphilitische Primäraffekt sonst in der Regel nicht nach sich zu hinterlassen pflegt, nicht schwer vorauszusehen.

Noch eine andere Infektion kann diese syphilitische Veränderung komplizieren, und zwar das venerische Geschwür. Doch will ich diese Komplikation an anderer Stelle besprechen und nun das Bild eines zugeheilten Geschwürs darstellen, welches in der Form einer deutlichen Spur zuweilen längere Zeit erhalten bleibt.

Ich hatte die Gelegenheit, eine solche Spur nach einem sklerotischen Geschwür aus der Vorhaut einige Wochen nach der vollständigen Abheilung auszuschneiden und zu untersuchen. Die Spur war in der Form eines dunklen Fleckens, dessen Oberfläche sich in gar nichts von der Umgebung unterschied, auch die Konsistenz zeigte nicht mehr die gewöhnliche Härte. Dagegen bot das mikroskopische Bild dieses scheinbar nur Pigmentfleckens noch viel von den Veränderungen, welche die Initialinfiltration charakterisieren. Die Epidermis ist in allen ihren Schichten verdickt, das Kollagen und die elastischen Fasern der eigentlichen Haut scheinen zwar unverändert zu sein, aber die darin liegenden Lymphgefäfse, besonders im oberen Teile unter der Epidermis, sind erweitert und die Blutgefäfse noch immer in Infiltrationsmäntel eingehüllt. Das Infiltrat ist ohne Zweifel bedeutend geringer, lockerer und weniger ausgedehnt, denn die Interstitialräume der Kollagenbündel sind frei vom Infiltrat, das sich blofs auf die Gefäfswand beschränkt und weniger Plasmazellen, dafür aber mehr hypertrophische Bindegewebszellen enthält. Die dunkle Verfärbung der Haut rührt also zum grofsen Teile von den Überresten der Infiltration

her, zum Teile aber auch von der vergrößerten Pigmentmenge sowohl in den Epithelzellen, als auch in der eigentlichen Cutis, wo das Pigment entweder frei oder in den Bindegewebszellen liegt.

Durch diese mikroskopischen Befunde wird also das klinische Bild gänzlich erklärt. Das wichtigste Merkmal des syphilitischen Primäraffektes ist seine Härte, welche die Autoren hauptsächlich durch die Festigkeit der Infiltration und die Proliferation des Bindegewebes zu erklären suchen. UNNA weist außerdem noch auf den Umstand hin, daß gleichzeitig auch eine überaus reichliche Infiltration der Plasmazellen (Plasmon) und eine Wucherung des Bindegewebes (Fibrom) stattfindet — und durch den gegenseitigen Druck dieser beiden Elemente oft sogar eine knorpelige Härte erzeugt. FINGER teilt die Ansicht UNNAS und AUSPITZS, insofern er die Beschaffenheit der Sklerose durch die Anordnung der Gefäße in diesem Teile der Haut und dadurch auch die Härte bezw. das Fehlen derselben erklärt, doch will er die Härte selbst nicht als Charakteristikum gelten lassen, da dieselbe auch bei anderweitigen nichtsyphilitischen Veränderungen vorkomme.

Wenn ich auch — infolge Mangels an genügendem Beweismaterial — diese Frage nicht endgültig entscheiden kann, so muß ich doch feststellen, daß in dem weitaus größten Teile von Syphilisfällen die Härte des Primäraffektes vorhanden ist. Das histologische Bild, insbesondere der oben erwähnte Umstand, erklärt die Sache zur Genüge. Doch kann man auch jenen Umstand nicht unberücksichtigt lassen, auf den schon BIESIADECKI aufmerksam machte, und zwar daß die Infiltration, indem sie die Gefäße umgiebt, eine Verengerung derselben und infolgedessen eine verminderte Zu- und Abfuhr des Blutes verursacht. Eine weitere Folge ist die Erweiterung der Lymphgefäße im oberen Teile. Auch dadurch will ich die klinische Erscheinung der Härte erklären, welche in der Tiefe der Gewebe, nicht selten wie ein knorpeliger Körper, sich fühlbar macht.

Ich habe schon früher auf die Erweiterung der Lymphgefäße in den unter der Epidermis liegenden Hautschichten hingewiesen, also an den Stellen, wo das Infiltrat lockerer, das Gewebe wie geschwollen ist. Dieser Umstand erklärt mir die Leichtigkeit, mit welcher Exkoriationen auf der Oberfläche der Infiltration entstehen können, welche sonst bei günstigen Verhältnissen sich als solche, ohne Geschwüre zu bilden, durch die ganze Zeit der Dauer des Primäraffektes erhalten könnte. Denn bei hochgradiger Infiltration der unteren und der infolgedessen eintretenden Schwellung der oberen Teile der Sklerose kann es leicht geschehen, daß die etwas geschwollene und gelockerte Epidermis bei dem kleinsten Trauma abgestoßen wird. So entsteht eine Exkoriation, welche zur sekundären Infektion, Eiterung und sogar Gangrän einen sehr günstigen

Boden abgiebt. Freilich kann man durch diese Infektion allein nicht immer den Zerfall der Sklerosen erklären, wie z. B. die Gangrän, den Phagedänismus bei Potatoren, Phthisikern, bei Marantischen oder durch Krankheiten herabgekommenen Individuen. In diesen Fällen kann man neben der Infektion fast bestimmt gewisse, uns noch näher nicht bekannte Veränderungen der Gefäfse vermuten: Bekanntlich bildet sich bei derartigen Individuen frühzeitig eine Arteriosklerose aus. Auf diese wichtige Frage werde ich noch später gelegentlich der Besprechung der mannigfaltigen Veränderungen des Frühstadiums der Syphilis zurückkommen.

Der syphilitische Primäraffekt tritt nicht immer in seiner typischen Form auf, wodurch Verwechselungen mit ihm mehr oder weniger ähnlichen Affektionen, wie dem weichen Schanker, Lupus vulgaris, Ephitheliom, Herpes progenitalis, Platz gegeben wird.

Das venerische Geschwür, weicher Schanker (Ulcus molle), ist hauptsächlich dadurch charakterisiert, dafs es ein eigenartiger Abscess ist, der sich rasch durch alle Schichten der Epidermis nach aufsen durchbricht. Die affizierten Gewebe sind von Leucocyten durchsetzt und die Infiltration reicht gewöhnlich bis an das subkutane Gewebe heran, indem sie das Kollagen und die elastischen Fasern in ihrem Bereiche zerstört und nicht selten nach den Seiten hin Ausläufer schickt, welche für das immer weiter sich verbreiternde Gift als Bahnen dienen. Im infiltrierten Raume findet man also eine reichliche Leukocytenmenge neben Überresten von Epithelzellen, Zellkernen, Bindegewebszellen, Kollagen und elastischen Fasern, hie und da finden sich auch einzelne Plasmazellen vor. In der Umgebung der von Eiter durchtränkten Gewebe sieht man die in grofser Menge angehäuften Plasmazellen, die um jene eine Art Grenzschicht bilden. Hier befinden sich neben den erwähnten Plasmazellen auch hypertrophische Bindegewebszellen, doch nicht in so grosser Menge und nicht so systematisch angeordnet wie im sklerotischen Geschwür. Die Wandungen der an die Infiltration angrenzenden Blutgefäfse sind von der Infiltration frei und dies bildet ein wichtiges unterscheidendes Moment. Doch das entscheidendste Wahrzeichen bilden ohne Zweifel die Mikro-Bacillen des venerischen Geschwürs (Streptobacillus Ducrey-Unna), welche gewöhnlich den von der Oberfläche der Infiltration in die Tiefe hinziehenden Spalt einnehmen. Die Anordnung der in Bezug auf ihre Bestandteile fast gleichen Infiltrationen bildet somit einen hervorragenden Unterschied zwischen diesen beiden Geschwürarten.

Bei gemischter Infektion können zwar die Kennzeichen beider Geschwüre, also des sklerotischen und venerischen, etwas verwischt erscheinen, doch lassen sie sich bei genauer Beobachtung mikroskopisch so gut von einander unterscheiden, dafs die Diagnose dann keinem Zweifel unterliegen kann. Die Mitte des Geschwürs entspricht seinem Inhalte

nach (ein Gemisch von zahlreichen Leukocyten und Überresten von sonstigen Gewebsbestandteilen) dem venerischen Geschwür, die Ränder der verdickten Epidermis sind unterminiert und die Grenze dieser Veränderung bildet eine Infiltration von rein syphilitischem Charakter, denn ihren Sitz bildet die Gefäfswandung und daneben befinden sich in den Interstitialräumen des Kollagens Plasmazellen und hypertrophische Bindegewebszellen. Das Gesamtbild ist das eines Abscesses, der in eine eigentümliche Infiltration wie in eine Schale eingelagert ist.

Eine weitere Affektion, in welcher UNNA's Plasmazellen eine hervorragende Rolle spielen, ist der Lupus vulgaris, denn die einzelnen Knötchen sind fast nur aus diesen Zellen zusammengesetzt. Ich will hier auf eine genaue Beschreibung dieser Knötchen nicht eingehen, sondern blofs auf die verschiedene Anordnung der erwähnten Zellen in den Lupusknötchen und in der Sklerose hinweisen. So liegen die Plasmazellen in den Lupusknötchen in ungeordneten Gruppen und kann man zwischen den Zellen kaum noch Überreste des Kollagens finden, die elastischen Fasern fehlen gänzlich. Aufserdem treten die Plasmazellen in den Lupusknötchen nur selten in so ausgebildeter Form auf, wie in der Sklerose und insbesondere im venerischen Geschwür. Sie sind im Gegenteil in den obengenannten Gruppen, besonders in deren Mitte, gewöhnlich verändert, entartet, oft in der Form der sog. epitheloiden Zellen. Endlich sind für die Lupusknötchen noch die in ihren Zentren gewöhnlich vorkommenden Riesenzellen charakteristisch. Das Lupusknötchen als Ganzes grenzt sich von der übrigen Haut scharf ab, die umgebenden Gewebe erscheinen fast normal und läfst sich keinerlei Zusammenhang der Knötchen mit den benachbarten Gefäfsen bemerken.

Das Epitheliom bietet ein so charakteristisches mikroskopisches Bild, dafs eine Verwechselung mit der Sklerose kaum denkbar ist. Die neoplasmatische Wucherung der Epidermis, die tief in das Bindegewebe hineinreicht, — die hie und da isolierten Herde sind so charakteristisch, dafs sie über die Art der Veränderung keinen Zweifel zulassen. Von gleichen Bestandteilen haben diese Affektionen, die Sklerose und das Epitheliom nur die Plasmazellen aufzuweisen, die jedoch in der letztgenannten Veränderung streifenartig die hypertrophische Epidermis umgeben, ohne mit dem Verlaufe der Gefäfse in irgendwelchem Zusammenhange zu stehen.

Der Herpes progenitalis kann dem Anfangsstadium eines harten Schankers ähneln, denn sobald das Bläschen geborsten ist, bildet sich eine Exkoriation, deren Grund und Umgebung bei ungünstigen Bedingungen sogar etwas infiltriert sein kann. Dagegen ist das mikroskopische Bild ein ganz verschiedenes, da die Veränderung hier hauptsächlich die Epidermis betrifft. Die Papillarschicht ist bedeutend geschwollen, in der-

selben sind zahlreiche Leukocyten und auf derselben sitzt das Bläschen in der Stachelschicht von der Hornschicht bedeckt. Der Blasenraum ist mit Blutserum, einer gröfseren oder kleineren Menge Leukocyten, zusammengemengt mit Überresten von Epithelzellen, die hier entweder als bloſse Kerne erscheinen oder auch — als Kolliquationserscheinung — in der Form von grossen, mehrere Kerne enthaltenden Zellen, welche UNNA ihrer Ballonform wegen als Erscheinung der „ballonierenden Degeneration“ bezeichnet hat. Sobald also das Bläschen geborsten ist, entsteht in der Epidermis ein Geschwür, das bis an die Papillarschicht reicht. Letztere ist — wie oben erwähnt — geschwollen, die Blutgefäſse und Lymphräume erweitert, organisierte Infiltration fehlt ganz. Es kann somit durch Reizung einer Exkoriation oder infolge sekundärer Infektion bei verletzter Hautoberfläche eine gröfsere oder kleinere Zufuhr von Leukocyten veranlasst werden, die Gewebe in der Umgebung des betreffenden Geschwürs können beim Druck sich hart anfühlen, doch geht das wieder schnell vorüber.

Noch sind die Geschwüre zu erwähnen, die in dem Spätstadium der Syphilis auftreten und dem sklerotischen Geschwür ähnlich sein können. Doch werden diese später an geeigneter Stelle besprochen werden, — und nun will ich alle die Veränderungen darstellen, welche im Frühstadium der Syphilis auf der Haut auftreten.

Roseola syphilitica.

Die häufigste Form, in welcher die sekundäre Syphilis auftritt, ist das makulöse Syphilid. Sein mikroskopisches Bild zeigt dieselben Verhältnisse, wie alle anderen syphilitischen Veränderungen, also die erweiterten Gefäſse (besonders die Kapillaren) in der eigentlichen Haut und der Papillarschicht und um die Gefäſse herum eine Infiltration, wie im Primäraffekt, nur von etwas kleinerer Intensität. Daher kann man hier auch viele Bindegewebszellen, neben diesen aber nur wenig Plasmazellen finden. UNNA behauptet letztere in den syphilitischen Flecken nicht gefunden zu haben, — ich aber habe in allen diesen Fällen, die ich untersuchte, zwischen den Bindegewebszellen hie und da auch Plasmazellen gefunden; in einem Falle, der klinisch nur als Roseola erkannt werden konnte, sogar in ziemlich reichlicher Menge.

BIESIADECKI weist darauf hin, daſs hauptsächlich die Kapillaren angegriffen sind, nichtsdestoweniger aber auch die Adventitia der gröfseren Gefäſse deutlich infiltriert ist. KAPOSI findet neben den verschiedenen Bindegewebszellen in der Papillarschicht auch Wanderzellen. CORNIL und RANVIER machen in ihrem Handbuche ebenfalls darauf aufmerksam, daſs neben den erweiterten Gefäſsen sich in den Papillen gleichzeitig eine gröfsere Anzahl Wanderzellen (cellules migatrices) befindet als im normalen Zustande. NEUMANN fand überdies die Infiltration auch in der

Umgebung der Follikel der Talg- und Knäueldrüsen, deren Mündungen er stets verändert sah, endlich auch in der Umgebung der glatten Hautmuskeln.

Unna beobachtet ebenfalls um die Follikel und Talgdrüsen Infiltrate, die aber immer auf dem Verlaufe der Gefäfse liegen. Dies kann auch ich auf Grund meiner Beobachtung vollkommen bestätigen, dagegen kann ich mit Neumann in Bezug auf die Infiltrate, die nach seiner Meinung um die Follikel liegen, ohne mit den Gefäfsen im Zusammenhange zu stehen, nicht übereinstimmen. Dasselbe könnte man auch von den Knäueldrüsen sagen, um welche herum die Gefäfse gröfstenteils so stark infiltriert sind, dafs man ihre Gänge nicht selten wie in das Infiltrat eingemauert sehen kann. Sogar das Endothel der so infiltrierten Schweifsdrüsenknäuel zeigt gewisse Veränderungen: es ist nämlich wie geschwollen (worauf Unna aufmerksam machte). Doch will ich nicht annehmen, dafs die Knäueldrüsen in diesem sich aktiv beteiligen und scheint mir dies vielmehr die Folge des von der starken Infiltration ausgeübten Druckes zu sein.

Was endlich die Muskeln betrifft, so habe ich an denselben nie eine diese selbst betreffende Infiltration gesehen und wenn auch in der Umgebung eines Muskels oder — bei günstigem Schnitt durch den Muskel selbst — auf demselben ein Infiltrat zu sehen war, so war auch immer der Zusammenhang des Infiltrates mit der Wandung des daneben verlaufenden Gefäfses klar, so dafs ich eine aktive Beteiligung der Hautmuskeln im syphilitischen Prozefs nicht annehmen kann. Daher scheinen mir die von Neumann aus dem Angegriffensein der Hautdrüsen gezogenen Schlufsfolgerungen von zweifelhaftem Werte zu sein und bin ich der Meinung, dafs die von ihm gefundenen Veränderungen auf andere Prozefse im Bereiche der Hautdrüsen, von allem auf Seborrhoe zurückzuführen sind. Ich will auch nicht in Abrede stellen, dafs die in der Umgebung der Haarscheiden gefundenen Veränderungen das Ausfallen der Haare verursachen können, doch kann diese Erscheinung durch die Herabsetzung der Ernährung der Haarzwiebeln, infolge der Verengerung der Gefäfse durch die Infiltration erklärt werden, nicht aber durch die Annahme einer Veränderung der Haarzwiebeln und Drüsen selbst, zumal es aus der klinischen Erfahrung bekannt ist, dafs die Haare sich später regenerieren.

Endlich will ich noch auf einen Befund aufmerksam machen, und zwar auf die grofse, zuweilen sehr grofse Zahl der Mastzellen, die sich gewöhnlich in frischen Infiltrationen, besonders in der Umgebung der Follikel und Talgdrüsen, aber auch sonst im peripherischen Teile gröfserer Infiltrationen anhäufen, wie dies schon Audry bemerkte, indem er in vielen entzündlichen Prozessen der Haut diese Zellen in reichlicher Menge fand.

Browicz stellt in seinen Untersuchungen über den Herzmuskel fest, dafs diese Zellen kein normaler Bestandteil des Bindegewebes sind, er betrachtet sie vielmehr als entartete Zellen und verwirft die Bezeichnung „Mastzellen", indem er sie, meiner Meinung nach, sehr richtig „granulierte Zellen" (cellules granulifères) nennt. Er macht dabei auch darauf aufmerksam, dafs diese Zellen basische Farbstoffe aufnehmen.

Ich will hier weder auf die Bedeutung dieser merkwürdigen Zellen näher eingehen, noch ihnen eine gewisse spezifische Bedeutung zuschreiben, nur eine Bemerkung machen, dafs ich auf Grund meiner Untersuchungen verschiedener krankhafter Gewebe den Eindruck gewonnen habe, dafs diese Zellen immer da auftreten, wo die Entzündung nur einen kleinen Grad erlangt, wo ein geringes Exsudat und zwar ein Blutserumexsudat zu bestehen scheint. Daher finden wir sie in frischen syphilitischen Infiltraten und in besonders grofser Menge in der Peripherie gröfserer Hautinfiltrationen. Dafür sprechen auch die besonderen, oben erwähnten Tinktionseigenschaften dieser Zellen. Bei der Polychromen-Methylenblau-Glycerinätherfärbung färben sich nämlich die granulierten Zellen rot, d. h. sie zeigen die gröfste Verwandtschaft zum Methylenrot, welches unter den Bestandteilen des genannten Farbstoffes am meisten basisch zu sein scheint.

Die Roseola syphilitica kann verschiedenen anderen in dieser Form auftretenden Krankheitsprozessen ähnlich aussehen.

Von den auf vasomotorischen Störungen beruhenden Veränderungen mufs hier abgesehen werden, da diese doch nach dem Ausschneiden aus der Haut ihren Charakter verlieren. Zu denjenigen, welche auch nach dem Ausschneiden ihre Eigenschaften beibehalten, zählen: Pityriasis versicolor, Pityriasis rosea Giberts und einige Formen von Seborrhoea, welche die „Wiener Schule" noch immer Herpes tonsurans nennt.

Pityriasis versicolor und Trichophytiasis bieten keine diagnostischen Schwierigkeiten, da man in diesen Fällen in der verdickten Epidermis und zwar in den oberflächlichen Schichten derselben immer die spezifischen Pilze nachweisen kann. Die klinischen Untersuchungsmethoden der Schuppen auf Hautparasiten bietet auch keine Schwierigkeiten und sobald solche gefunden worden sind, so können andere Krankheitsprozesse ausgeschlossen werden. Was aber die Veränderungen der Haut selbst betrifft, so sind diese so leichten Grades, dafs die Entscheidung keinem Zweifel unterliegen kann. Denn abgesehen von den erweiterten Gefäfsen und der zuweilen etwas vergröfserten Zahl der Zellen um die Gefäfse, ist der ganze Prozefs auf die Epidermis beschränkt. Oft fand ich auch um die Gefäfse der Papillen und die Drüsen zahlreiche Mastzellen, zuweilen in den erweiterten Intercellularräumen hier und da einzelne Leukocyten.

Die makulöse Form der Seborrhoee und Pityriasis rosea

Giberts sind hauptsächlich durch Veränderungen in der Epidermis gekennzeichnet, und zwar ist die Stachelschicht etwas proliferiert (Acanthosis) und geschwollen und die Schwellung setzt sich auch auf die Mündungen der Follikel und Talgdrüsen fort. Die Körnerschicht fehlt fast ganz; die Zellen der Hornschicht sind nicht vollständig verhornt, denn manche besitzen noch ihren Kern (Parakeratosis), die Oberfläche desquamiert. In den erweiterten Intercellularräumen der Epidermis findet man spärliche Leukocyten, in noch geringerer Zahl sind sie um die Gefäfse der Papillen zu sehen, wo die Bindegewebszellen mehr oder weniger reiche Hüllen bilden.

Die Maculae coeruleae, die infolge des Bisses einer Filzlaus entstehen, können der syphilitischen Roseola sehr ähnlich sein, um so mehr, da sie oft an den Seitenteilen des Brustkorbes erscheinen, wo eben auch die syphilitischen Flecken mit Vorliebe auftreten. Am mikroskopischen Bilde dieser blauen Flecke fällt vor allem, sowohl in den unteren Zellenlagen der Epidermis, als auch in den Papillen eine grofse Menge des Farbstoffes auf. Das Pigment liegt entweder frei oder in den Bindegewebszellen, besonders um die Gefäfse, welche keine anderen Veränderungen zeigen als die, dafs das sie umgebende Gewebe zahlreiche granulierte Zellen (Mastzellen) enthält. Die letzteren sind in der Umgebung der Drüsen und Follikel ebenso zahlreich. Von einer Infiltration in der Umgebung der Gefäfse, wie bei der Syphilis, ist hier gar keine Rede, darum ist der nach dem Biss einer Filzlaus entstandene Fleck blau und nicht braunrot; er verschwindet beim Druck und ragt nie über die Hautoberfläche hervor, er macht im Gegenteil den Eindruck, als wenn er etwas eingesunken wäre.

Die Papel bietet eine ganze Gruppe von Syphiliden, die sich durch Gröfse, Gestalt oder spezifische klinische Merkmale voneinander unterscheiden lassen. Die Klinizisten nehmen daher einige Grundformen an:

1. Kleine, scharf umgrenzte, nach oben spitz endigende Papeln, deren Gipfel mit einer kleinen Pustel oder einem Schorfe bedeckt ist (Lichen syphiliticus, Syphilide papuleuse miliaire). Der Zusammenhang dieser Papeln mit dem Haarbalge ist schon klinisch leicht erkennbar.

2. Platte, gewöhnlich rundliche, glatte, über die Hautoberfläche wenig (circa 2 mm) hervorragende Papeln von verschiedener Gröfse (Hanfkorn- bis Linsengröfse) (Syphilis papulosa lenticularis).

3. Die breiten Kondylome (Condyloma latum) sind in Bezug auf ihre Merkmale den vorigen ähnlich und bilden nur insofern eine besondere Gruppe, als ihre besonderen Lokalisationsbedingungen ihnen gewisse Anzeichen verleihen. Diese Papeln befinden sich gewöhnlich an Stellen, wo zwei Hautflächen einander berühren (Genitalien, die Aftergegend, die Haut unter der weiblichen Brust, die Achselhöhle u. dergl.), wodurch sie dem

fortwährenden Reiz ausgesetzt, über die Hautoberfläche erhabener, schärfer umgrenzt und auf ihrer Oberfläche der Epidermis beraubt, nicht selten sogar ulceriert sind.

4. Zwischen die beiden letzten ist noch eine Form einzureihen, und zwar die papulöse desquamierende, die auf ihrer Oberfläche mit mehr oder weniger ausgiebigen Schuppen bedeckt ist, wodurch sie den Psoriasispapeln oft so ähnlich sieht, dafs die Entscheidung nicht unerheblich erschwert wird.

Lichen syphiliticus.

Als kleinpapulöses Syphilid oder Lichen syphiliticus wird nicht nur eine kleine Papel bezeichnet, sondern auch solche, bei welchen der Zusammenhang mit dem Haarbalge schon mit unbewaffnetem Auge zu erkennen ist. Die syphilitische Infiltration (Plasmazellen, Bindegewebszellen) läuft hauptsächlich längs der den Follikel und die Talgdrüsen umgebenden Blutgefäfse, aber auch die in der Umgebung und den benachbarten Papillen verlaufenden Gefäfse sind infiltriert. In den höheren Hautschichten findet man innerhalb der gröfseren Infiltrate Riesenzellen und in den Randteilen ziemlich zahlreiche Mastzellen.

Auffallend sind die Veränderungen der oberen Epidermisschichten: die Stachelschicht ist wenig vermehrt, nur hier und da ist ein Epidermiszapfen über die Norm entwickelt; dagegen ist die Hornschicht erheblich verdickt (Hyperkeratosis) und zwischen den einzelnen Schichten derselben findet man zuweilen Mikroorganismen und unterhalb derselben die Talgdrüsen erweitert und verstopft. In den Papillen sind zahlreiche frei oder in den Zellen liegende Pigmentkörnchen zu sehen, auch in den unteren Reihen der Epidermiszellen ist ihre Zahl vergröfsert. Leukocyten konnte ich weder in der Epidermis noch in den Geweben finden.

Das ganze macht, abgesehen von der Infiltration der Haut, den Eindruck einer hochgradig entwickelten Hyperkeratose, durch welche in der im übrigen normalen Haut Veränderungen der Follikel und der Talgdrüsen verursacht werden. Bei diesen Veränderungen findet man in der Haut gewöhnlich neben den erweiterten Gefäfsen eine aus Plasma- und Bindegewebszellen zusammengesetzte und die Talgdrüsen und die Haarbälge umgebende Infiltration. Es ist leicht denkbar, dafs die Syphilis eben an diesen krankhaften, hyperämischen Hautstellen längs der Gefäfse und insbesondere der Follikel Infiltrationen hervorrufen wird, welche als in anormaler Haut entstanden, hochgradiger und langwieriger sein müssen.

Die klinischen Beobachtungen belehren uns, dafs diese Form, irrtümlicherweise Lichen genannt, sehr oft neben der akneiformen auftritt, dafs sie sich langsam entwickelt, niemals die ganze Haut, sondern immer nur gewisse Stellen befällt, sehr lange dauert, da sie einem energischen thera-

peutischen Eingreifen lange Zeit trotzt, dafs sie endlich nach erfolgter Heilung eine Spur in der Form einer sehr kleinen Narbe an der Mündung des Follikels hinterläfst.

Alle Autoren, die diese Form beschreiben, verlegen den Prozefs in die Umgebung des Follikels, und nur bei EHRMANN finde ich eine Erwähnung von einer Vereinigung gewisser in der Haut schon vorhandener Veränderungen in der Umgebung der Follikel. EHRMANN stellt fest, dafs, wenn sich die syphilitische Infiltration um einen Lichen pilaris setzt, sich eine spezifische Papel bildet. Nach meiner Meinung zeigt das Mikroskop unzweifelhaft einen Zusammenhang der Hyperkeratose mit der Infiltration, welche in der schon krankhaft veränderten Haut eine von anderen verschiedene, aber den um die Follikel auftretenden nichtsyphilitischen Veränderungen ähnliche Erkrankungsform hervorruft. Dieser Eigenschaft eben, dafs die Infiltration sich um den Haarbalg häuft, verdankt der syphilitische Lichen seine Ähnlichkeit mit anderen an dieser Stelle vorkommenden Veränderungen, wie: Lichen pilaris, Lichen scrophulosorum, Prurigo, Pityriasis rubra pilaris.

Beim Lichen pilaris finden wir neben hochgradiger Hyperkeratose die Mündung des Follikels und der Talgdrüse normal, während der ganze Krankheitsprozefs im oberen Abschnitt sich abspielt. Darum verwirft UNNA mit Recht die nichtssagende Bezeichnung „Lichen pilaris" und ersetzt sie durch die auf anatomischer Grundlage geschaffene „Keratosis suprafollicularis". Infolge der Verdickung der Hornschicht kann das Haar nicht durchbrechen und erfährt Krümmungen nach verschiedenen Richtungen hin, wodurch jene klinische Erscheinung entsteht, dafs nach dem Abkratzen der Papel das gekrümmte Haar zum Vorschein kommt. Sekundär bilden sich um den Follikel wenige Bindegewebszellen, als Erscheinung einer leichten Entzündung und eine Hypertrophie des Muskels aus.

Pityriasis rubra pilaris, die von der Wiener Schule nicht anerkannt und Lichen ruber accuminatus genannt wird, hat mit dem Lichen WILSONS nichts Gemeinschaftliches. Auch hier ist die Hyperkeratose dominierend. Sie setzt sich nämlich auf die Umgebung der Follikel und die Mündungen der Talgdrüsen fort und bildet an diesen Stellen Papeln, welche nicht selten den Psoriasisschuppen oder den Stalaktiten ähnlich sind. Gleichzeitig dehnt sich die Hornschicht auch in ihrer Fläche ichthyosisartig aus, wodurch Furchen und Hornperlen entstehen. Das Keratohyalin schwindet nicht, die Epidermis liegt dicht an und desquamiert wenig. Die Hautpapillen sind sehr wenig verändert, die Gefäfse etwas erweitert, die Bindegewebszellen ziemlich zahlreich und die Talgdrüsen gröfstenteils geschwunden.

Der Lichen scrophulosorum steht anatomisch dem syphilitischen

Lichen am nächsten. Auch hier sind die Veränderungen um die Follikel herum lokalisiert, denn es ist dies eine chronisch verlaufende Entzündung des Follikels. Daher fanden auch manche Autoren innerhalb der die Follikel umgebenden Infiltrate Riesenzellen und JACOBI sogar Tuberkelbacillen. In den von mir untersuchten und als Lichen scrophulosorum erkannten Fällen fand ich bloſs chronische Entzündungsveränderungen um die Follikel; nur in einem Falle sah ich auch Riesenzellen und ich bin der Meinung, daſs diese Gebilde, je nach der Dauer der Veränderung, sich mehr oder weniger ausbilden können. Was aber die Bezeichnung betrifft, so ist sie weder in Bezug auf diese Affektion, noch auf die syphilitische glücklich gewählt, denn keine von beiden hat mit dem Lichen etwas Gemeinschaftliches. Es sind vielmehr Veränderungen in der Umgebung oder im Bereiche der Follikel (Folliculitis scrophulosorum UNNA).

Die HEBRAsche Prurigo kann ebenfalls den vorigen Veränderungen ähnliche Knötchen bilden. Die anfänglichen Efflorescenzen dieser Erkrankung bieten einen ganz verschiedenen Typus von tiefen Bläschen, welche erst infolge einer von auſsen erfolgten Infektion in oberflächliche Pusteln übergehen. Die anatomischen Veränderungen bestehen bei dieser Affektion in einem beträchtlichen, rasch entstehenden Ödem aller Haut- und Epidermisschichten, und infolgedessen sind nicht nur die Papillen kissenartig angeschwollen, die Gefäſslumina erweitert, die Intercellularräume der Epidermis sichtbarer, sondern es bildet sich auch in der Stachelschicht ein vielfacheres Bläschen aus, dessen Fächer durch ausgedehnte Epidermiszellen, die ihren Zusammenhang noch nicht eingebüſst haben, voneinander getrennt sind. Das Exsudat ist gröſstenteils von seröser Beschaffenheit, die Leukocyten sind sowohl in den Interstitial- als auch in den Intercellularräumen sehr spärlich. Es ist also leicht denkbar, daſs unter solchen Bedingungen eine von auſsen her kommende Infektion durch Mikroorganismen leicht eintreten kann: und ist dies der Fall, so sehen wir in der Hornschicht einen oberflächlichen Abscefs und eine rasche und reichliche Einwandung von Leukocyten in das vorhandene Bläschen, dessen Struktur auch in diesem Stadium noch zu erkennen ist.

Das grofspapulöse Syphilid (Syphilis papul. lenticularis).

Eine wohlentwickelte Papel stellt den Typus der syphilitischen Veränderungen auf der Haut vor. Bei schwacher Vergröſserung sieht man, welche Ähnlichkeit zwischen einer grofsen Papel und dem Primäraffekt besteht. Man sieht nämlich dieselben aus Plasmazellen zusammengesetzten Infiltrate, neben diesen eine grofse Anzahl Bindegewebszellen, die zusammen mit jenen Mäntel um die Blutgefäſse bilden, während die Lumina der Lymphgefäſse, besonders gegen die Oberfläche zu, also in den Papillen, erweitert zu sein scheinen. Doch erscheint das Infiltrat hier weniger

dicht, wodurch die Plasmazellen sich gut ausbilden, nicht selten grofse Dimensionen erreichen können und die Gefäfslumina einen kleineren Druck als im Primäraffekt erfahren. Die Hautpapillen sehen wie geschwollen, grofs, erweitert aus und über denselben sieht man die Epidermisschichten verschmälert, während zwischen den Papillen schmale, lange Streifen der Epidermis tief in die Haut hinablaufen. Die Zellen dieser Epidermisstreifen sind langgezogen, wie zusammengedrückt, und zeigen zahlreiche Mitosen. Hier und da fehlt die Körnerschicht (Strat. granulos.) ganz und die Zellen der Hornschicht, besonders die mittleren Lagen derselben zeigen noch deutlich Kerne, was als Erscheinung der leichten Parakeratose zu betrachten ist und eine klinische Erscheinung der Desquamation der Papel liefert.

Zeissl behauptet, dafs grofse Papeln nur an solchen Stellen sich entwickeln können, an welchen grofse Talgdrüsen sich befinden. Ich kann — gleich allen anderen Autoren — diese Behauptung nicht bestätigen, da ich eben bei diesen keinerlei Zusammenhang mit den Hautdrüsen bemerken konnte.

Kaposi betrachtet die Infiltration der Papel als eine scharf umgrenzte. Ich kann dies nicht behaupten, da man die Infiltrate der Gefäfse nicht selten nach den Seiten hin nur in die Tiefe bis in das subcutane Bindegewebe hinab verfolgen kann, obwohl das Ganze den Eindruck einer mehr umgrenzten Infiltration macht, als dies beim Primäraffekt der Fall ist.

Sowohl Kaposi wie auch Lang schreiben, wie schon oben bemerkt, den Drüsen und dem Haarbalge keine aktive Rolle zu. Obwohl ihre gewöhnlich zahlreichen Gefäfse ebenso gut infiltriert gefunden werden, wie die übrigen Gefäfse des betreffenden Hautabschnittes, so konnte ich in den Drüsen oder Haarbälgen selbst keine Veränderungen sehen, wie dies Neumann beschreibt, indem er behauptet, dafs an ihrer Wandung sich sekundäre Veränderungen ausbilden, ohne die Art dieser Veränderungen näher zu beschreiben.

Fast alle Autoren sprechen von den verwischten Grenzen zwischen den Hautschichten, sogar zwischen den Papillen und der Epidermis. Ich habe schon erwähnt, dafs die Papillen infolge des Ödems und der Infiltration eine Formänderung erfahren: Während ein senkrechter Schnitt durch eine Papille in normaler Haut der Kegelform entspricht, ist er in der Papel mehr cylinderförmig, die Epidermisstreifen zwischen den Papillen sind schmäler und ebenfalls ungefähr von gleichmäfsiger Breite, wahrscheinlich den veränderten Papillen sich anpassend. Die in einer unkomplizierten Papel vorkommenden Gestaltsveränderungen der Epidermis können somit durch rein mechanische Einwirkung der infiltrierten Papillen auf die hineinwachsenden Epithelzapfen erklärt werden. Doch die Grenzen zwischen diesen beiden Schichten sind nicht verwischt.

Der Behauptung KROMAYERS, dafs bei syphilitischen Veränderungen die Infiltration hauptsächlich die Papillen oder, wie er sie nennt, die vasculöse Cutis einnimmt, kann ich nicht ohne weiteres beistimmen. Ich würde die Infiltration vielmehr in die Grenzlinie zwischen diesen beiden Schichten verlegen. Doch reicht die Infiltration oft auch bis in das subcutane Bindegewebe hinab.

CORNIL führt die Erhabenheit der Papel auf die Erweiterung der Gefäfse in allen Hautschichten und die Anwesenheit von reichlichen Leukocyten nebst einer gewissen Zahl von roten Blutkörperchen zurück. Die Epidermis ist nach seiner Ansicht im mittleren Teile der Papel verdickt und die Hornschicht verschmälert, wodurch die Papel ein glattes, glänzendes, zuweilen desquamiertes Aussehen gewinnt. In der That findet man in der Infiltration, aber nur der Papillen, eine geringe Zahl von Leukocyten, die hier und da auch zwischen die Epidermiszellen hineingelangen. Die Infiltration selbst ist aber, wie schon erwähnt, nur aus Plasmazellen und hypertrophischen Bindegewebszellen zusammengesetzt, und da das Kollagen und die elastischen Fasern nur hier und da in feinen Bündeln im Infiltrate auftreten, so erscheint die Papel als ein aus infiltriertem und hypertrophischem Gewebe zusammengesetztes Gebilde. Die Erweiterung der Lymphgefäfse und der geringe Druck auf die Blutgefäfse, also sozusagen die Fleischigkeit der Gewebe, sowie das Dünnwerden der Epidermis infolge des auf sie ausgeübten Druckes und der Ausdehnung derselben auf eine gröfsere Fläche und das dadurch erfolgende Eindringen schmaler, zusammengedrückter Epidermisstreifen in die eigentliche Haut — verursachen, dafs die Papel den charakteristischen Eindruck einer Erhabenheit von nur relativ harter, fleischiger Konsistenz und von glatter, glänzender Oberfläche macht.

NEUMANN will im Kollagen, besonders der infiltrierten Papillen, Veränderungen gesehen haben, die er, gleich den senilen Veränderungen, „körnige Trübung“ nennt. Ich konnte von solcher Entartung keine Spur sehen. Das Kollagen ist zwar spärlicher, seine Bündel feiner, weniger deutlich, und scheint es vielmehr nur auseinandergeschoben, nicht aber zerstört zu sein. Daher kann man auch unter den infiltrierten Hautpartien stärkere Bündel des Kollagens sehen. Trotz wiederholter Untersuchungen mittels UNNAS Färbemethoden, welche eine charakteristische Reaktion geben, konnte ich keine derartigen Veränderungen des Kollagens nachweisen; nur zuweilen färbten sich die elastischen Fasern mit saurem Orcein etwas schwächer, nahmen aber auch keine basischen Farbestoffe auf.

Mastzellen kommen in den Papeln in sehr geringer Zahl vor, und zwar nur im peripheren Teile von minder entwickelten Infiltraten.

Riesenzellen, die fast von allen Autoren in den syphilitischen Papeln beschrieben sind, konnte ich in Papeln der Frühperiode niemals finden.

Von den Papeln des Spätstadiums wird weiter unten noch die Rede sein. Dagegen beobachtete ich oft Riesenzellen der Epidermis, auf welche UNNA in der Beschreibung von grofsen Papeln hinweist und welche eine Folgeerscheinung der Wucherung der Epidermis sind. Es sind Zellen, in denen die Teilung der Kerne rascher vor sich geht als die des Protoplasmas (Epithelriesenzellen).

Das ist der Typus einer wohlentwickelten Papel der Frühperiode der Syphilis. Ihre Gröfse kann natürlich verschieden sein, das Infiltrat mehr oder weniger gedrängt, aber immer findet man eine grofse Anzahl gut entwickelter Plasmazellen und hypertrophischer Bindegewebszellen, die um die Gefäfse herum angehäuft sind, als vorherrschende und für die Syphilis charakteristische Erscheinung. Die Papel scheint auch der hervorragendste, durch keinen anderweitigen im Organismus steckenden Krankheitsprozefs komplizierte Repräsentant der Syphilis zu sein. Die Leukocyten sind gewöhnlich, wie schon oben bemerkt, nur spärlich, werden aber in manchen Fällen auch in gröfserer Zahl gefunden und liegen in diesem Falle in den oberen Hautschichten, durchtränken die Epidermis, ohne jedoch auf der Oberfläche ein Bläschen oder eine Pustel zu bilden. Solche Fälle sind als Übergangsstufen zu den Bläschen- und Pustelformen zu betrachten, das Exsudat aber ist entweder auf die Syphilis selbst oder auf irgend eine krankhafte Eigenschaft der Haut zurückzuführen, was noch gelegentlich der Besprechung der gut entwickelten, gewissermafsen komplizierten Formen erörtert werden soll.

Die Papel ist eine Form, in welcher eine grofse Anzahl von Hauterkrankungen auftritt. Den syphilitischen Papeln am ähnlichsten können die Papeln des Lichen ruber planus WILSONS, des papulösen Ekzem (Lichen simple aigu), des Lupus vulgaris, der nicht selten in dieser Form disseminierter Papeln auftritt, Naevus mollis, endlich Erythema exsudativum multiforme, welches auch nur selten Papeln von mittlerer Gröfse bildet, die den syphilitischen ähnlich sein können.

Der Lichen ruber planus WILSON zeichnet sich durch die in der Haut und Epidermis hochgradig entwickelten Veränderungen aus. Die Epidermis ist in hohem Grade hyperplasiert, und zwar am meisten die Stachelschicht (Acanthosis), deren Intercellularräume erweitert sind, und die Hornschicht (Hyperkeratosis). Die Körnerschicht ist nur in der Mitte der Papel dicker. Aufserdem kommen oft, worauf UNNA besonderes Gewicht legt, an den Mündungen der Knäueldrüsen Hornperlen vor und kolloide oder hyaline Degeneration der Epithelzellen. Schon diese Veränderungen allein unterscheiden diese Papeln von den syphilitischen in genügendem Mafse, aber auch die Haut selbst, insbesondere die Papillen, obwohl infiltriert, bieten keine Merkmale der syphilitischen Infiltrate. Die Papillen sind stark angeschwollen, ödematös und scheinen auf die inter-

papillären Epidermiszapfen einen Druck auszuüben, die Infiltration häuft sich auch hier um die Gefäfse und besteht aus jungen, kleinen Bindegewebszellen, die von manchen für Leukocyten genommen werden. Die Infiltration ist dabei von der übrigen Haut scharf abgegrenzt, was bei der syphilitischen Infiltration nicht der Fall ist. Durch diese Merkmale werden auch die klinischen Eigenschaften erklärt; Die Farbe ist mehr bläulich (die syphilitische Papel ist kupferrot), die Papel ist härter und scharf begrenzt und der Glanz macht einen trockenen Eindruck, während der Glanz der syphilitischen Papel ein feuchter ist und die Oberfläche mehr gespannt ist.

Das Ekzema papulosum wird bei Psoriasis, welche mit manchen Syphilisformen eine grofse Ähnlichkeit hat, näher beschrieben werden, da das anatomische Bild eines längere Zeit dauernden Ekzems und Psoriasis fast keine Unterschiede bietet.

Die Papeln des Lupus vulgaris sind schon oben beschrieben worden, nur möchte ich noch auf die klinischen Differenzen hinweisen, welche durch die mikroskopischen Bilder beider Papelarten sich erklären lassen. Die syphilitische Papel liegt stets der Hautoberfläche näher, während die Lupuspapel tiefer, nicht selten sogar im subcutanen Bindegewebe liegt. Infolge dessen ist letztere auch weniger hervorragend, schärfer begrenzt, ihre Oberfläche nicht gespannt, ihre Farbe mehr gelblichrot und giebt beim Druck mittelst des Diaskopes das Gefühl eines runden scharf umschriebenen Punktes, während die syphilitische Papel eine netzartige Zeichnung darstellt.

Der Naevus mollis ist ein angeborenes Leiden, das oft in fast unsichtbaren Herden auftritt und erst mit der Zeit heranwächst. Ich will mich in die Streitfrage bezüglich der Entstehung dieser Veränderung nicht einlassen, sondern lediglich ihre anatomischen Merkmale denjenigen der syphilitischen Papel gegenüberstellen. Der Naevus besteht aus Zellenstreifen, die von der Epidermis an hauptsächlich in den Papillen hinziehen. Die Zellen besitzen die Merkmale von epitheloiden Zellen und bilden grofse von der Umgebung scharf abgegrenzte Haufen, welche weiter unten mit einander zusammenkommen. Daher ist der Naevus gewöhnlich von weicher, teigiger Konsistenz, bläulichroter Farbe und — welche Form immer das Knötchen annimmt — doch stets über die Hautoberfläche erhaben und gegen die Umgebung scharf abgegrenzt.

Beim exsudativen Erythem fällt vor allem die bedeutende Erweiterung der Gefäfse und das hochgradige Ödem der Haut auf. Das seröse Exsudat durchtränkt nicht blofs die Papillen, deren Gefäfse — mit wuchernden Bindegewebszellen in der Wandung — erweitert sind, sondern es gelangt auch, mit einer Beimischung von Leukocyten, zwischen die Epidermiszellen. Es ist hier also kein organisiertes Infiltrat zu sehen,

das Kollagen und die elastischen Fasern bleiben unverändert und über alle anderen Erscheinungen herrscht das hochgradige Ödem vor, welches bei gewaltigem Exsudat und grofser Widerstandskraft der Epidermis die Abreifsung von Epithelschichten verursachen oder in anderen Fällen zur Bildung von multilokulären Bläschen und Erweichung der durchtränkten Epidermis führen kann.

(Fortsetzung im nächsten Heft.)

Fachzeitschriften.

Journal des maladies cutanées et syphilitiques.

1901. Heft 6.

Histologischer Befund einer Muskelverhärtung infolge von Kalomeleinspritzungen, die drei Jahre vorher vorgenommen waren, von Ch. Audry. Audry führt die vorgefundenen Veränderungen auf eine abgelaufene Myositis interstitialis zurück, die zu einer fibrösen Umwandlung der Muskelfasern führte und ihren Sitz ursprünglich im interfibrillären Bindegewebe hatte. Das Sarkolem spielte in seinem Fall, im Gegensatz zu einer Wolterasschen Mitteilung, gar keine Rolle. — Von Quecksilber fand sich keine Spur mehr.

Histologie eines tertiären Syphiloms der Urethra eines Weibes, von Ch. Audry. Hervorzuheben sind: eine merkliche Hypertrophie des Epithels; Entzündung der Cutis; deutliche Plasmazellen unterhalb des Epithels; endlich, etwas weiter in der Tiefe, ein kleines, vollkommen ausgebildetes miliares Gumma.

Mikroskopische Untersuchung der Krusten einer Psoriasis rupioides, von Ch. Audry. Es handelte sich um besonders dicke, trockene, grau und braun gefärbte Krusten; die Dicke betrug ungefähr $^1/_2$ cm. Diese Krusten zeichneten sich durch zwei Umstände vor ähnlichen Gebilden aus: sie enthielten Lamellen von epithelialen Massen und waren der Schauplatz einer ungeheuren Diapedese; die weifsen Blutkörperchen waren teils durch die ganze Dicke der Krusten ausgesät, teils infiltrierten sie die erwähnten Lamellen in dichten Mengen.

Aufserdem stiefs man auf eine zahllose Menge aller möglichen Mikrobien, Staphylokokken, Morokokken, Diplokokken, Diplobacillen, Streptokokken. Alle diese Kokken lagen aufserhalb der Zellen. *Türkheim-Hamburg.*

Annales de thérapeutique dermatologique et syphiligraphique.

1901. Bd. I, No. 9 und 10.

Behandlung der Syphilis mittels subcutaner Einspritzungen von Lymphdrüsendekokt, von L. Butte-Paris. Die Idee zu dieser Behandlungsweise schöpfte B. aus einer Krankenbeobachtung, bei welcher der Patient nach Verlust der Leistendrüsen infolge von traumatischem Bubo bei nachheriger syphilitischer Infektion nur an der drüsenfreien Extremität syphilitische Läsionen entwickelte. Er verwendet Lymphdrüsen von Kühen; die Organe werden von allem Fett befreit, klein gehackt, mit dem doppelten Gewichte Wasser versetzt, 30 Minuten lang in einem Porzellan-

topfe gekocht, durch Leinen filtriert und ausgepreſst. Alsdann wird die Flüssigkeit im Thermostat bei 120° während 20 Minuten belassen, durch Papier filtriert und nochmals sterilisiert. Von der so erhaltenen Flüssigkeit soll 1 ccm einem halben Gramm Drüsensubstanz entsprechen. Man injiziert 1 bis 3 g Lösung alle 14 Tage oder auch häufiger. Verfasser hat 8 Fälle auf diese Weise behandelt. Die Resultate sollen befriedigend gewesen sein und wesentliche Nebenwirkungen unangenehmer Art seien verhältnismäſsig selten gewesen. Immerhin will B. die Methode ohne weitere Prüfung auch von anderer Seite nicht als ein Radikalmittel empfehlen.

No. 11.

Behandlung des Ulcus varicosum mit Pikrinsäure, von B. Desmous. Nach vorheriger Desinfektion und möglichster Einschränkung der Eiterung lege man eine mit Pikrinlösung (6 : 1000) angefeuchtete Kompresse von Gaze auf das Geschwür, darüber hydrophile Watte und befestige mit Binden. Der Verband bleibt 3 Tage liegen. Der Patient muſs dabei zu Bett liegen. Falls zu starke Keratinisierung und Verhaltung von Eiter unter den Borken eintritt, wird die Lösung ein halb oder ein drittel so stark genommen und der Verband täglich gewechselt.

No. 13.

Ist Krebs heilbar? von A. Adamkiewicz-Wien. Bericht über einen Fall von hochgradigem Krebs der Gebärmutter und Scheide, welcher nach Ansicht von A. durch Injektion von Cancroin völlig geheilt wurde. Operation war von Albert-Wien im Juni 1900 als aussichtslos abgelehnt worden. Nach den inzwischen vorgenommenen Cancroininjektionen hörten die Blutungen und Schmerzen auf und der Prozeſs bildete sich zurück. Im Mai 1901 konstatierte Verfasser noch einen umfangreichen Tumor der Gebärmutter, den er als abgetötetes Carcinomgewebe ansieht; die 51jährige Frau kann dabei ihre Hausarbeit verrichten, hat an Körpergewicht wieder zugenommen und hat im übrigen keine wesentlichen Beschwerden.

Behandlung von Fisteln und Schankerbubonen mittelst Traumatolglycerin, von B. Desmous. Eine bis auf den Knochen sich erstreckende Fistel in der Gegend von Os sacrum und coccygis, welche mit Unterbrechungen 15 Jahre lang bestanden hatte, heilte binnen Monatsfrist unter Injektionen von Traumatolglycerin (1 : 20), wöchentlich zweimal gegeben. Desgleichen wurde bei zwei Leistenbubonen Heilung in 14 Tagen erzielt, indem sofort nach der Incision und Entleerung des Eiters mit Traumatolglycerin ausgespritzt und ein damit angefeuchteter Gazestreifen eingelegt wurde. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

The British Journal of Dermatology.

Band XIII. Mai 1901.

I. **Pharmazeutische Notizen**, von Herbert Skinner-London. Unter anderem empfiehlt Verfasser als vorzügliche Theersalbe:

℞ *Pyro-betulini anhydridi*	10,0,
Vaselin	70,0.

Aus demselben Pyro-betulin wird ein starkes, nicht reizendes Antisepticum von angenehmem Geruche hergestellt, das unter der Bezeichnung „Listulin“ im Handel erscheint.

Eine „Glycerinseifen-Paste“, die oft eine nützliche Verwendung finden mag, wird nach folgender Formel bereitet:

℞ *Saponis duri pulverati*	2 Teile,
Gummi Tragac. pulverati	1 Teil,
Glycerin	5 Teile,
Aq. destill.	20 Teile.

Diese weiche Seife kann wieder die Basis für andere Seifen abgeben. Als „Unguentum resinae Canadensis“ bezeichnet Verfasser eine folgendermafsen zusammengesetzte Salbe:

℞ *Saponis mollis*	12 Teile,
Cerae albae	4 „
Balsam. Canadens.	8 „
Olei amygdalarum	1 Teil.

Band XIII. Juni 1901.

II. **Ein Fall von idiopathischem, multiplem Pigmentsarkom,** von J. H. Sequeir und W. Bulloch. Ein 65jähriger Bildhauer giebt an, seit mehreren Jahren wiederholentlich Gichtanfälle durchgemacht zu haben. Die gegenwärtige Hautaffektion begann vor 5 Jahren mit einer Verfärbung der Haut an der inneren Seite des rechten Knöchels. Die Hautfarbe wurde nach und nach tief dunkelrot und verbreitete sich über den Fufsrücken hinauf zum Bein. Bald wurde die linke Hand in derselben Weise befallen und schwoll an. Vor 2 Jahren entwickelten sich am linken Handrücken und an den Fingern Knötchen von dunkler Farbe und trockenem Köpfchen. Nach einiger Zeit fiel dieses ab, worauf eine wässerige Flüssigkeit entleert wurde. Im Mai 1900 entstand eine grofse Schwellung auf dem linken Handrücken, als der Patient kurz zuvor das Köpfchen eines der kleinen Tumoren durch Scheuern mit dem Betttuche abgerissen hatte. Die Schwellung nahm zu und blutete einige Male, was den Patienten veranlafste, das Hospital aufzusuchen. Zur Zeit sieht man auf der geschwollenen linken Hand zahlreiche, kleine, stecknadelkopf- bis erbsengrofse, flache, hellrote Erhabenheiten. An der Basis des zweiten Metakarpalknochens befindet sich ein gröfserer, weicher, gestielter, gefäfsreicher, leicht blutender, maulbeerartiger Tumor, der excidiert und von Bulloch mikroskopisch untersucht wurde. Das Gewebe erwies sich hier wie auch bei weiteren Untersuchungen eher von chronisch-entzündlichem, als sarkomatösem Charakter. Trotzdem scheint der Fall zur Gruppe zu gehören, die Kaposi zuerst als „multiples Pigmentsarkom der Haut“ bezeichnet hat. Die Bösartigkeit dieser Fälle ist jedoch nicht von allen Autoren anerkannt, so dafs es viel Wahrscheinlichkeit für sich hat, dafs zwei differente Klassen von Fällen denselben Namen führen; in der einen Klasse ist das Pigmentsarkom gutartig oder wenigstens viele Jahre hindurch gutartig, in den anderen bösartig. Beweise, dafs es sich hier um einen chronisch-infektiösen Prozefs handle, sind im vorliegenden Falle nicht gefunden worden. Ebenso ist die Annahme, dafs die Läsionen auf Veränderungen des Nervensystems, namentlich der Spinalganglien, zurückzuführen und als Folge einer paralytischen Angioneurose anzusehen seien, noch völlig problematisch.

III. **Multiple Geschwüre der Hände als Berufskrankheit,** von Arthur Hall. Sheffield. Ein 62jähriger Mann konsultierte den Verfasser im April 1901 wegen eines seit etwa 10 Jahren bestehenden Ausschlages an den Händen und Armen. Die Haut derselben war an den Dorsalflächen gerötet, rauh, trocken, rissig, und schuppte sich kleienförmig ab. Am auffallendsten waren einige isolierte Geschwüre an verschiedenen Stellen der Finger beider Hände. Diese Geschwüre pflegten entweder spontan abzuheilen oder ohne irgend welche Heilungstendenz sich langsam auszudehnen. Sie haben eine gelbliche, harte Basis, dünne, glatte Ränder und verursachen empfindliche Schmerzen. Der Patient war Polier und hantierte bei seiner

Beschäftigung viel mit einem staubförmigen Kalk, dem etwas Olivenöl beigemischt war und der der Haut fest anhaftete. Diese geriet in einen Reizzustand, welcher schliefslich zu dem gegenwärtigen Leiden führte.

Unter antiseptischen Verbänden heilten die Geschwüre rasch ab.

Der Verfasser hat Untersuchungen wegen des fraglichen Kalkes angestellt und gelangt zu folgenden Schlüssen:

1. Der Kalkstaub und das Öl sind für die meisten Arbeiter ganz reizlos, wenn die Haut intakt ist.

2. Wenn dieselbe jedoch Risse zeigt, so bildet der Staub mit der feuchten Oberfläche eine festhaftende, ätzende Paste, welche bei nicht genügendem Schutze oder unzureichenden Vorsichtsmafsregeln leicht Geschwüre verursacht.

3. Bei einer Anzahl von Arbeitern wirkt der Kalkstaub als ein chronisches Irritans auf zweierlei Weise, einmal oberflächliche Hyperämie und Risse erzeugend, und zweitens durch Eindringen in die Fissuren diese zu Geschwüren umwandelnd.

Verfasser hat dann aus der Not eine Tugend gemacht und herausgefunden, dafs der mit etwas Öl präparierte Puder therapeutisch mancherlei Vorteile vor den einfachen Streupulvern besitzt.

Band XIII. Juli 1901.

Sarcoma und sarkoide Geschwülste der Haut, von J. C. Johnston-New York. Der Verfasser bespricht die Symptomatologie, Histologie, Ätiologie und Therapie der sarkomatösen Geschwülste und illustriert das Gesagte durch Fälle aus seiner Praxis. In einem Falle von perithelialem Sarkom zeigte der 47jährige Patient zahlreiche, warzige Tumoren auf der Hautoberfläche. Zwei Jahre zuvor war er gestürzt und hatte sich den Arm gerade an der Stelle eines grofsen Pigmentnaevus verletzt. Etwa zwei Monate nach dem Unfalle schwollen die Achseldrüsen an. Zehn Monate später trat eine handtellergrofse Geschwulst unterhalb der Achselhöhle ein. Der Tumor wurde mit den vergröfserten Drüsen excidiert, recidivierte jedoch nach einem Monate, während gleichzeitig sich eine Geschwulst am Abdomen entwickelte.

Im folgenden wird das Resultat der mikroskopischen Untersuchung mitgeteilt, weiter Fälle von Myxosarkom, Spindelzellensarkom mit endothelialer Proliferation, kleinzelligem Rundzellensarkom beschrieben.

Der Verfasser schliefst seine Betrachtungen mit folgenden Konklusionen:

1. Man kann die sarkomatösen Neoplasmata in 3 Klassen einteilen:
   a) die fibroblastischen Sarkome;
   b) die Lymphoidzellen-Gruppe;
   c) die sarkoiden Geschwülste.

2. Die erste der drei Klassen umfafst die Spindel- und Rundzellensarkome. Wahre Riesenzellensarkome entstehen nicht primär in der Haut. Der Ursprung von den Fibroblasten ist für alle Typen derselbe. Zwischen den Zellen ist ausnahmslos ein zartes, wahrscheinlich aus Collagen zusammengesetztes Reticulum vorhanden, welches bei den epithelialen Geschwülsten nicht vorkommt. Die Tumoren sind alle vaskulär.

3. Die Lymphoidzellen-Gruppe sollte einen Platz für sich haben. Bei der lymphatischen Leukämie, der Hodgkinschen Krankheit und dem Lymphom sind die Zellen alle von einem Typus, und die Fälle zeigen Übergangsstadien von einem zum anderen. Es ist keine Intercellularsubstanz vorhanden als ein Produkt der neuen Zellen, ebenso wenig Gefäfse, welche sich zwischen ihnen verzweigen. Was die Haut betrifft, so geben die erwähnten Störungen Anlafs zur Bildung wahrer Tumoren, was auch von der myelogenen Leukämie gesagt werden kann. Die dritte Klasse steht histiogenetisch in keiner Beziehung zu den beiden anderen Gruppen.

4. Die sarkoiden Geschwülste sind zweifellos alle fibroblastischen Ursprunges, aber zwei von ihnen sind wahrscheinlich durch bisher noch nicht entdeckte Organismen hervorgerufene Granulomata, und zwar das Granuloma fungoides und die Sarkomatosis. Boecks Sarkoid sollte als ein Granuloma hierher und nicht zur Lymphodermie gehören. Moderne Histologen glauben, dafs das idiopathische Sarkom denselben Charakter habe; aber es nähert sich stark dem Sarkom auf der einen und dem Endotheliom auf der anderen Seite. Das Reticulum ist hier vorhanden, wie beim Sarkom und den produktiven Entzündungen, aber diese Neoplasmen bilden keine Metastasen und können mit Arsenik geheilt werden, ausgenommen das Granuloma fungoides. Vielleicht steht das Spindelzellensarkom, welches unter derselben Behandlung verschwindet, in naher Beziehung zu Kaposis Sarkom, so dafs sich Übergänge leicht nachweisen lassen von den bösartigsten zu den gutartigen, vom infektiösen Granuloma kaum zu unterscheidenden Neoplasmen, ähnlich wie Lymphoidtumoren Schattierungen zeigen von Lymphom durch die Lymphämie zu entzündlicher Hyperplasie. Von Interesse ist die Frage, ob ein infektiöses Agens jemals für das fibroblastische Sarkom gefunden wurde, oder ob eine scharfe Grenze zwischen ihm und dem Granuloma zu ziehen sei. *C. Berliner-Aachen.*

Beiträge zur Syphilis-Forschung.

1901. Heft IV und V.

Betrachtungen zur Syphilis-Heredität und Immunität, von **M.** von Niessen-Wiesbaden. Als Ergebnis seiner ausführlichen Besprechung dieses Gegenstandes sind folgende Schlufssätze des Verfassers anzusehen:

1. Es giebt sowohl eine Heredität, wie eine Porroheredität der Syphilis, mit Sicherheit bis aufs zweite Glied, so dafs die dritte Generation von den Grofseltern her hereditär-syphilitisch sein kann.

2. Auch bei der Porroheredität läfst sich das spezifische Contagium vivum nicht ausschalten, es bildet auch hier, wie bei der Heredität ersten Grades, die direkte Krankheitsursache und das Agens der Immunität.

3. Ob Syphilistoxine existieren, und ob dieselben an sich, ohne das zugehörige Contagium, sei es Syphilis ersten bis dritten Grades bei Heredosyphilis, sei es Immunität gegen diese, erzeugen können, ist nicht erwiesen und läfst sich für die genaue Syphilisinfektion kaum beweisen, weil hier stets das lebende Contagium zu Grunde liegt.

4. Die Syphilis aller Stadien, auch die Erbsyphilis, ist deshalb bis zu einem gewissen Grade kontagiös.

5. Die Virulenz der Kontagiosität kann von der Erbsyphilis zweiten bis dritten Grades ab, entsprechend der Abnahme der Potenz des Contagiums, als Korrelat des milderen Verlaufs der Syphilis von Generation zu Generation abnehmen. So ist z. B. die Syphilisation (künstliche Durchseuchung) zu erklären, und nur so kann eine Syphilis heilen resp. erlöschen.

6. Die acquirierte Syphilis des Individuums ist dagegen mit unseren jetzigen Mitteln unheilbar.

7. Es giebt deshalb keine absolute Syphilisimmunität, sondern nur eine relative, die von Generation zu Generation bei Erbsyphilis abnimmt und auf der Höhe der acquirierten Infektion resp. bald nach derselben am relativ höchsten ist. Dieselbe läfst sich bei der genuinen Syphilis nicht vom Contagium trennen und ist sehr wechselnd.

8. Ob experimentell im Tierkörper eine hochpotenzierte Syphilisimmunität zu

erzielen und eine menschliche Syphilis mit solchem Immunserum geheilt werden kann, darüber mufs die Zukunft entscheiden. Einschlägige Versuche in diesem Sinne sind unter der Hand.

Syphilis-Stammbäume, von M. von Niessen-Wiesbaden. Um eine übersichtliche Darstellung des hereditären Verlaufs in syphilitisch infizierten Familien zu haben, bedient sich v. N. einer Reihe von einfachen Zeichen (Pfeil nach oben, nach unten gekehrt, Plus- und Minuszeichen, Ausrufungszeichen u. s. w.). Er teilt sieben Schemata mit, welche den häufigsten Verlauf der Krankheit darstellen, ohne aber die verschiedenen möglichen Variationen erschöpfen zu wollen. Diese Aufzeichnungsweise erscheint einfach und handlich.

Syphilis und Carcinom, eine vergleichend-mykologische Studie, von M. von Niessen-Wiesbaden. Verfasser knüpft an die Besprechungen über das Thema Le syphilis et les infections associées des letzten Pariser Kongresses an. Zunächst wendet er sich gegen die Äufserung Neissers, dafs man in Bezug auf die Funktion der Lymphdrüsen bei Syphilis noch immer im Unklaren sei. Dieselben sind nach von Niessen sowohl die Herbergen der Syphilisbacillen als auch eine Prädilektionsstelle, wo sie mit den Leukocyten einen teils siegreichen, teils aber auch zur Vernichtung führenden Kampf bestehen. Eine Beobachtung von Ducrey, dafs Herpes tonsurans bei einem Syphilitiker in gesteigerter, nodulärer Form auftrat, giebt v. N. Veranlassung zu einer Meditation, ob es nicht gelingen würde, durch andere Krankheitsstoffe resp. ihre Antitoxine hinwiederum die Syphilis zu heilen. Ferner wendet er sich gegen Hallopeaus Ausspruch, dafs es unmöglich sei, de visu zu entscheiden, ob bei einer gegebenen syphilitischen Läsion ein anderes infektiöses Agens mitbeteiligt sei oder nicht. Er verweist dabei auf seine Mitteilungen über den von ihm beschriebenen Syphilisbacillus. In extenso führt Verfasser alsdann seine 1894 publizierte Mitteilung über den „Krebserreger" an und betont nachdrücklich seine Auffassung des Carcinoms als einer Mykose.

Zur Biologie des Syphilisbacillus, von M. von Niessen-Wiesbaden. Um nur kurz einzelne Punkte hervorzuheben, sei folgendes angeführt: Bei jungen Kulturen sieht man häufig die Bildung eines buntschillernden Häutchens oder auch ohne ein solches einen regenbogenfarbigen Glanz auf der Oberfläche. Die einzelnen Kolonien können einander sehr unähnlich sein, sowohl an Gröfse wie Farbe, welch letztere zwischen gelb, grau und grünlich grau variiert. Auch zeigen manche Kolonien eine ausgesprochene Körnelung, welche bei anderen fehlt. Die einzelnen Bacillen sind bald punktförmig, bald als Riesenbacillen so grofs wie Hefepilze. Besonders bemerkenswert ist der Übergang zur (manchmal sehr langen) Fadenform, die meist mit der Sporulation zusammenfällt. Eine komplette Analogie mit Hyphomyceten konstatiert man, wenn eine Bouillonkultur ein Jahr lang sich selbst überlassen wird. Dann findet man im Bodensatz und auf der Oberfläche Körner und Anhäufungen, welche aus teils bacillären, teils hefe- und fadenförmigen Gebilden bestehen und eine weitere Wuchsform des Syphilisbacillus darstellen. Die Vielseitigkeit der morphologischen Verhältnisse entspricht der Veränderlichkeit der klinischen Erscheinungen.

Als nützliche Kunstgriffe zur Gewinnung seines Syphilisbacillus empfiehlt v. N. noch folgende: Man lasse den Rest des Blutes nach Abscheidung des Serums einige Tage im Brutschrank stehen, ehe man Kulturen anlegt. Ein Zusatz von Plasmon oder Nitrose zum Agar resp. Gelatine ist sehr förderlich. Am leichtesten gelingt noch die Isolierung des Bacillus aus dem Blute unmittelbar nach einer Schmierkur.

Zur Differentialdiagnose der syphilitischen und blennorrhoischen Schleimhautaffektionen der Harnröhre, von M. von Niessen-Wiesbaden. Ebenso gut vertraut,

wie man mit dem Begriff des syphilitischen Rachenkatarrhs ist, müsse man sich mit dem Gedanken eines syphilitischen Harnröhrenkatarrhs machen. Vor allen Dingen ist die bakteriologische Differentialdiagnose zu verlangen. Allerdings gehört hierzu, dafs man die Neisserschen Syphiliserreger als solche anerkennt. Als besonders charakteristisch wird der Befund bei ganz kurzer Behandlung mit Karbolfuchsin hervorgehoben; man sieht in den hellrosa gefärbten intercellulären Ausscheidungen der Leukocyten diese stärker pigmentierten, aufserordentlich vielgestaltigen, mikrophytären Gebilde, wie sie aus den sie beherbergenden, zu Grunde gegangenen Zellen frei wurden. Betreffs der Gonokokken erklärt v. N. berichtigend, dafs dieselben auf Agar kein Pigment und keinen Eigengeruch erzeugen. Sie lassen sich gut und leicht in und auf einfacher Gelatine und von hier auf Agar züchten. Bei winterlicher Zimmertemperatur bildet der Gonococcus sehr langsam feinste, wasserklare, anfangs durchsichtige, thautröpfchenförmige Auflagerungen auf der Gelatine, die bei gebrochenem Licht leicht schillern.

Ein Wort über die Syphilisation, von M. von Niessen-Wiesbaden. Die Möglichkeit, durch künstliche Einverleibung eines modifizierten Syphilisvirus Immunität gegen diese Krankheit zu erzielen, die namentlich von Auzias-Turenne erstrebte Syphilisation, ist als ausgeschlossen zu erachten. Durch ein Heilserum zu wirken dürfte bei Syphilis ebenfalls kaum möglich sein, denn die Einwirkung des Syphilisbacillus, wenn auch sicher vorhanden, steht dem mechanisch destruktiven Einfluſs desselben bei weitem nach. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Bücherbesprechungen.

Handbuch der Hautkrankheiten, herausgegeben von Franz Mračeк-Wien. 1. Abteilung, (Alfred Hölder, 1901, Wien.) Vor uns liegt die erste Abteilung eines vielversprechenden Werkes, eines umfassenden Handbuches der Hautkrankheiten, das 150 Druckbogen umfassen soll. Es wird von einer Anzahl angesehener Fachgenossen als Mitarbeiter geschaffen werden und soll den heutigen Stand unserer Spezialdisziplin in übersichtlicher Weise klar und kurz vor Augen führen. Ein Hauptgewicht wird, wie man schon aus Heft 1 ersehen kann, auf die Bibliographie gelegt werden. Die Redaktion besorgt Siegfried Grosz-Wien. Die Histologie der Haut wird Rabl-Wien, deren Phisiologie Kreidl-Wien behandeln. Ferner sind in Aussicht genommen für allgemeine Ätiologie und Therapie der Dermatosen Spiegler und Grosz-Wien, ersterer noch für Hautsarkome; für Hyperämie, Anämie der Haut und Hautentzündung, Pigmentanomalien, Sykosis und verwandte Leiden und Impetigo herpetiformis Ehrmann-Wien, für Störungen der Schweifsabsonderung, sowie Pityriasis rubra Török; der Talgabsonderung Ehrmann, derselbe für symptomatische Ausschläge, Wolff-Strafsburg für Erythema multiforme, Hydroa-Bazin, Herpes iris, circinatus, Erythema nodosum und Verwandtes, Blaschko für Herpes zoster, labialis und progenitalis und Gewerbehautkrankheiten, Rille für Dermatitis exfoliativa Wilson, Lichen, Prurigo-Strophulus, Maculae caeruleae und Creeping disease, Unna für Ekzem, Impetigo, Janowsky für Keratosen. Epidermolysis und Pemphigus acutus übernimmt neben der Ritterschen Krankheit Luithlen, während Spiegler den vulgären chronischen Pemphigus mit seinen Abarten, die Duhringsche Krankheit, Verbrennung und Erfrierung bearbeiten wird. Mračeк wird die Hautsyphilis, Grosz die Psoriasis, Jadassohn Lupus erythematosus, Lupus vulgaris und Hauttuberkulose, Winiwater die kankrösen Hautkrank-

heiten, Juffinger das Rhinosklerom, Bergmann die Hautlepra und Heller-Berlin die Nagelerkrankungen behandeln. Aus der gegebenen Übersicht wird sich der Leser eine Vorstellung vom Gebotenen und der Art desselben bilden können. Die vorliegende erste Abteilung des von der Hölderschen Universitätsbuchhandlung recht vornehm ausgestatteten Werkes weist eine Reihe von vorzüglich reproduzierten Abbildungen auf. Fast die ganze Lieferung wird von Rabls Histologie der normalen Haut des Menschen ausgefüllt. Von Kreidls Hautphysiologie enthält sie nur den Anfang. Die Arbeit Rabls zeichnet sich durch eine reiche Anzahl der instruktivsten Abbildungen aus. Der Text selbst muſs im Original nachgelesen werden, und es lohnt sich wirklich, denselben eingehend zu studieren. Der Referent wüſste, wollte er auch auf ihn näher eingehen, nicht, wo anfangen. Die Bearbeitung der Anatomie der Haut ist ebenso klar wie erschöpfend und bildet als Anfang des Mračekschen Handbuches ein gutes Omen für dessen Aufnahme. *Hopf-Dresden.*

Die kosmetische und therapeutische Bedeutung der Seife, von Jessner-Königsberg. (Heft 6 aus Jessners dermatologischen Vorträgen für Praktiker. Würzburg, Stubers Verlag, 1901.) Sobald ein neues Heft aus Jessners dermatologischen Vorträgen erscheint, wird der Arzt mit Interesse dasselbe in die Hand nehmen. Ganz besonders gilt dies für das vorliegende sechste der kleinen Bücher, worin der Verfasser das Thema Seife, welches nicht nur für die Therapie der Hautkrankheiten, sondern auch für die Hygiene des menschlichen Körpers von so einschneidender Bedeutung ist. Gerade die Verbindung von Gründlichkeit bis zu den elementarsten Sachen mit Klarheit und dermatologischer Erfahrung zeichnet Jessners kleine Schriften aus. Die vorliegende Abhandlung beginnt mit einer Besprechung des chemischen Charakters und der Herstellungsweisen der Seife. Alle therapeutischen Seifen müssen Kernseifen sein. Letztere unterscheiden sich durch ihre Reinheit von den gefüllten Seifen, denen künstliche Zusätze beigemischt sind (Wasserglas u. a.). Es kommt nämlich nur auf die Fabrikationstechnik an, nicht darauf, ob dies oder jenes Fett zur Verwendung kommt. Letzteres hat höchstens auf Geruch und Konsistenz einen Einfluſs, nicht auf die Reinheit. Auch neutral müssen alle zu Heilzwecken verwandten Seifenarten sein, also frei von überschüssigem Alkali. Aus dieser Erwägung führte Unna die überfetteten Seifen ein, die nach Sättigung der Fettsäuren durch Alkali auſserdem noch einen Fettüberschuſs empfangen. Letzterer besteht aus Olivenöl, Lanolin, Adeps lanae oder ihren Mischungen. Die Entfettung der Haut, die Hauptaufgabe der Seife, erfolgt um so intensiver, je mehr freie Alkalien die Seife enthält. In gleicher Weise wird ihre keratolytische Wirkung bedingt. Die weitere Einteilung des Stoffes betrachtet die Seife 1. als kosmetisches Mittel, 2. als Heilmittel, 3. als Vehikel für Medikamente.

Einiges sei hier herausgegriffen: Bezüglich der Toiletteseifen warnt Jessner vor einer Identifizierung der Begriffe gut und teuer. Der Preis hängt von der Parfümierung und der aufgewendeten Reklame ab. Wichtiger ist der gute Ruf der betreffenden Seifenfabrik. Empfehlenswerte Produkte liefern die Fabriken von Wolt & Sohn-Karlsruhe, Mülheim-Köln, Schwanapotheke-Hamburg und Heine-Charlottenburg. In ihrer Eigenschaft als Heilmittel hat die Seife die Eigenschaft als Entfettungsmittel, als Keratolyticum und als Parasitifugum, d. h. als ein Mittel, das die parasitenhaltigen Hautteile entfernt.

Beim akuten Ekzem, wo Keratoplastica am Platze sind, ist die Seife kontraindiziert. Anders bei allen schuppenden Varietäten des chronischen Hautekzems. Bei solchen mit akuten Intervallen muſs man sich schon mehr mit dem Seifengebrauch in acht nehmen.

Was die Verwendung der Seife als Vehikel für Medikamente betrifft, so hat sie

den Vorzug, tiefer in die Haut einzudringen als die Salbe, sowie billig und sauber zu sein, dagegen die Nachteile, kein indifferenter Medikamententräger und kein auf die Konzentration der Dose gut abwägendes Vehikel zu sein. Dazu kommt noch, daß sich nur eine beschränkte Anzahl von Heilmitteln den Seifenbasen zufügen lassen. Jedenfalls entsprechen die medikamentösen Seifen durchaus nicht den Anforderungen der exakten Therapie und wollen mit Vorsicht angewendet sein. Man unterscheidet harte oder Stückseifen, weiche Seifen, flüssige medikamentöse Seifen und pulverförmige. Karbolseife wird am besten als flüssige benutzt, die sorgsam verdeckt aufzubewahren ist. Aus den Stücken verflüchtigt sich das Mittel zu schnell. Die Karbolseife dient bei pruriginösen Prozessen. Man kann auch 5—10% Karbolsäure einfach dem Spiritus saponato kalinus zusetzen. Sublimatseifen sind, weil leicht und sicher sich zersetzend, zu verwerfen. Die in der Veterinärtherapie eingebürgerte Kreolinseife könnte für parasitäre Prozesse etwas mehr in Gebrauch kommen. Der Lysolseife, die allerdings etwas irritativer als die vorige wirkt, sind die gleichen Wirkungen zuzusprechen. Entbehrlich ist, wenn auch nicht nutzlos, die Jodoformseife, welche mit weicher Basis, am besten mit des jungen Hebra Glycerinum saponatum vereinigt wird. Salicylseifen sollten nach dem Charakter der Komponenten als ideales Keratolyticum funktionieren, haben aber den Nachteil der leichten und teilweise stets eintretenden Umwandlung des Acidum salicylicum in salicylsaures Natron. Am besten nimmt man eine Mischung, die man sich frisch in kleinen Mengen aus Sapo kalinus mit Zusatz von 10% Salicylsäure aus der Apotheke verschreibt. Indikationen: Hyperkeratosen, Schwielen, Lichen ruber verrucosus wie simplex, Ichthyosis, Psoriasis, Herpes tonsurans, Pityriasis versicolor. Schwefelseifen, nur in fester oder weicher Form verwendbar, nicht in flüssiger. Vorsicht beim Einkauf ist wegen der häufig zu sehenden Überschüsse von freiem Alkali zu raten. Anwendungsgebiet sind alle Formen der Seborrhoe. Die Stärke der Wirkung kann man vom einfachen Abwaschen bis zum Eintrocknen des Schaumes und dicken Aufstreichen der flüssigen Seifenschmiere dosieren. Verwandt in der Wirkung sind Ichthyolseifen, vielleicht etwas milder. Resorcinseifen, für die ganz die gleichen Indikationen gelten, zersetzen sich leicht und werden braun. Jessner empfiehlt als besonders gut verwendbar eine aus Glycerinum sopanatum mit Resorcin, Schwefel- und Salicylsäure hergestellte Seife. Zugleich depigmentierend wirkt Unnas Natronsuperoxydseife (Grundlage: Paraffinum liquidum mit 2½—10% Sapo kalinus). Die Theerseifen sind wie der Theer überhaupt bei allen in den Haar- und Talgdrüsenfollikeln sich abspielenden Prozessen zu vermeiden, da hier der Theer geradezu schädlich, provozierend wirkt (Akne, Comedones, Sykosis). Indiziert sind die Theerseifen bei chronischem, schuppendem und infiltrierendem Ekzem, bei Prurigo Hebra, Pruritus simplex. Von Wichtigkeit sind die Quecksilberseifen; unter ihnen nehmen der Sapo mercurialis (Dietrich Helfenberg), der Sapo mercurialis unguinosus Unna (Beiersdorf) und das Sapolentum hydargyri (Görner) die erste Stelle ein. Der Wirkung der Krankenheiler Jod-Sodaseife, die Lesser empfahl, steht Jessner sehr skeptisch gegenüber, ebenso wie allen Seifen, die mit natürlichen Quellsalzen hergestellt sind. Antipruriginös wirken die Kampher- und die Mentholseife, sowie die Tarnierssche Nicotianaseife. Letztere 5 und 10% stellt auch ein vorzügliches Mittel zur Heilung der Scabies dar. Cave bei Kindern wegen der Intoxikationsgefahr! Nur kosmetische Bedeutung kommt der Borax- und Benzoeseife zu. Von den mechanisch wirkenden Seifen sind die Bimsteinseife, Sandseifen zu gründlicher Reinigung. Unnas Marmorseife (gegen Hyperkeratosen aller Art, Comedones, Akne) und Schleichs weiche Marmorwaschseife (zu Hautdesinfektion) mit Anerkennung zu nennen.

Hopf-Dresden.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Angioneurosen.

Die Atrophie der Eingeweide und die arterielle Hypoplasie bei Pellagra, von Emile Sergent. (*Presse méd.* 1901. No. 1.) In drei Fällen hat Verfasser an Pellagraleiden eine allgemeine Atrophie der Eingeweide, besonders der Milz, Kleinheit des Herzens und Enge der grofsen Gefäfse, ferner fettige Degeneration der Leber und hyperämische, sowie ulceröse Läsionen des Darmes feststellen können. Er stellt nun die Hypothese auf, dafs es sich hierbei nicht um Veränderungen als Folgen der Pellagra handelt, sondern um zu dieser Krankheit prädisponierende Momente.

Hopf-Dresden.

Liquor Thyreoidei bei Hämophilie, von C. R. Jones. (*Brit. med. Journ.* 10. Nov. 1900.) Ein 8jähriges Mädchen litt seit der Kindheit an ausgedehnten Blutungen der Schleimhäute des Digestionstractus, gegen welche bereits Eisen, Leberthran, Schwefelsäure, Arsenik und andere Mittel ohne nachhaltigen Erfolg verordnet worden waren, bis Verfasser auf den von Delage gegen Blutungen empfohlenen Liquor Thyreoidei aufmerksam wurde. Er verordnete dem Mädchen 3mal täglich 4 Tropfen der Flüssigkeit in allmählich gesteigerten Dosen. Vierzehn Tage später trat noch eine schwache Blutung auf, seitdem keine mehr. Die Patientin nahm das Mittel 6 Wochen und hörte dann damit auf. Die Hämorrhagien sind nicht wieder zurückgekehrt.

C. Berliner-Aachen.

Ein Fall von Morbus maculosus Werlhofii und Syphilis, von Silberstein. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1901. No. 5.) Der Patient, vor 6 Jahren infiziert, kam mit erheblich geschwollenen Leistendrüsen und einem kleinen Ulcus in der Corona glandis in die Behandlung des Verfassers; zugleich bestanden kleine Purpuraflecken an den Unterschenkeln. Unter der eingeleiteten Schmierkur nahmen die Hautblutungen zunächst gröfsere Dimensionen an, auch traten Blutungen aus dem After auf. Unter Fortsetzung der Schmierkur und innerlicher Darreichung von Ergotin, Opium und Jodkalium ging die Purpura zurück und Patient genafs. Verfasser erklärt sich die hämorrhagische Diathese als bedingt durch eine Endarteriitis syphilitica.

F. Hahn-Bremen.

Die Ätiologie des Skorbuts. (*La Clinica moderna.* 1900. No. 31 u. ff.) Testi und Bebi haben bereits im Jahre 1895 auf Grund ihrer Untersuchungen den Skorbut als eine infektiöse oder besser toxi-infektiöse Krankheit erkannt, welche ihre Entstehung einem spezifischen Pilze verdankt, der dem Staphylococcus aureus sehr ähnlich ist und sich im Zahnfleische ansiedelt, wo er seine toxischen Produkte erzeugt. Bei der aufsergewöhnlichen Brüchigkeit der Blutgefäfse bei dieser Affektion werden diese toxischen Produkte in die Cirkulation gebracht, wo sie die schweren Blutveränderungen veranlassen. Zur Unterstützung ihrer Ansicht führen die Verfasser die Thatsache an, dafs einmal die Gingivitis meist, wenn nicht immer, das erste Symptom des Skorbuts bildet und ferner, dafs eine beträchtliche Leukocytose konstatiert wird.

C. Müller-Genf.

Purpura und Anämie, von Robert Muir. (*Brit. med. Journ.* 29. Sept. 1900.) Ein 14jähriger Knabe wurde wegen Nasenbluten, Bluterbrechen und eines über den

ganzen Körper verbreiteten Purpuraausschlages ins Hospital gebracht. Vor einem Monate etwa hatte sich der Patient erkältet und litt an Husten und leichter Hämoptysis. Vor 4 Tagen wurden einige Flecke an seinem Körper, namentlich an den Beinen, bemerkt. Am nächsten Morgen bekam der Patient heftiges Nasenbluten und Bluterbrechen. Gleichzeitig erwies sich der Rumpf, die Extremitäten und der Kopf von zahlreichen kleinen Hämorrhagien besät. Im Hospital besserte sich der Zustand. Nach etwa 7 Wochen war der Ausschlag fast ganz verschwunden, als ein schwerer Rückfall auftrat und nach wenigen Tagen den Tod des Patienten herbeiführte.

Eine wiederholt in vivo vorgenommene Untersuchung des Blutes hatte anfangs eine starke Verminderung, später vollständiges Fehlen der roten Blutkörperchen ergeben.

Die postmortale Untersuchung ergab fettige Degeneration der verschiedensten Organe und des Knochenmarks. Das Mark des Oberschenkelknochens, das bei Anämischen sonst rot zu sein pflegt, bestand fast ausschliefslich aus Fett und hatte ein weifsliches Aussehen. — Verfasser glaubt, dafs dieser Zustand nicht sekundär durch die Anämie bedingt gewesen sei, sondern schon vor Beginn der Hämorrhagien präexistiert habe. Denn man finde sonst ganz im Gegensatze zu den vorliegenden Befunden in Fällen von selbst sehr weit vorgeschrittener, perniciöser Anämie das Knochenmark tief rot und vollgepfropft mit gekernten, roten Blutkörperchen.

C. Berliner-Aachen.

Traumatische Entzündungen.

Über die Behandlung von Blasen, von A. H. Ward. (*Brit. med. Journ.* 8. Sept. 1900.) Verfasser empfiehlt Sportsleuten und Reisenden, welche mit Beginn des Herbstes viel auf den Beinen sind und durch schwere Stiefel und rauhe Strümpfe Blasen bekommen, diese zu öffnen, die Blasendecke mit reiner Schere ganz abzuschneiden, die freiliegende Fläche abzutrocknen, sodann mit Salicylkollodium ein- bis zweimal zu bepinseln, mit einem Stück Leinen (einem Stück eines alten, reinen Taschentuches) zu bedecken und dieses wiederum mehrere Male mit Kollodium fest zu pinseln. Die erodierte Stelle heilt darunter ab. Ist die Blase sehr grofs, so mufs nach zwei Tagen die Applikation des Salicylkollodiums erneuert werden.

C. Berliner-Aachen.

Über die Verhütung des Decubitus, von de la Camp. (*Zeitschr. f. Krankenpflege.* 1900. 12.) Zur Vermeidung des Durchliegens sind folgende Mafsnahmen zu beachten: 1. Der Kranke mufs rein und trocken gehalten werden; 2. alle Unterlagen müssen glatt sein; kein Fremdkörper darf sich im Bette vorfinden; 3. die Lage des Kranken ist zeitweilig zu wechseln; 4. trotzdem gerötete Stellen werden besonders rein gehalten, mit spirituösen Lösungen häufiger gewaschen und gepudert; 5. Entlastung durch Wasserkissen (Füllung mit lauwarmen Wasser), Luftringe, permanentes Wasserbad.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Eine X-strahlen-Verbrennung, von J. N. Bloom-Louisville. (*Louisville Journ.* 1900. No. 7.) Um den Sitz eines Projektils festzustellen, liefs sich ein Kollege radiographieren. Die Dauer der Beleuchtung betrug 80 Minuten, über die Entfernung der Röhre vom Körper verlautet nichts. Fünf Tage darauf bemerkte der Kranke einen braunen, juckenden Fleck auf der Beleuchtungsfläche, der schuppig war. Allmählich bildete sich ein grofses zerrissenes Geschwür von 5 : 3 Zoll Durchmesser. Darum herum zeigte sich eine bullöse Hautentzündung von mehreren Zoll Breite. Das scharf

abgegrenzte, unregelmäfsige Konturen aufweisende Geschwür reichte bis in die Cutis, ins Papillarlager. Das Centrum wies nekrotischen Belag auf. Die subjektiven Erscheinungen waren nach Beschreibung des Kollegen unerträglich. Jucken, Schlaflosigkeit, Mattigkeit, Gemütsdepression und neurasthenische Zustände. Die Heilung gelang nur nach aufserordentlicher Mühe nach einer Hauttransplantation. *Hopf-Dresden.*

Ein Beitrag zur Frage über die Ursachen des Todes bei Verbrennungen und Verbrühungen, von E. Scholz. (*Mitteil. a. d. Hamburg. Staatskrankenanst.* Bd. II. Heft 5.) Um der Frage nach der Art und dem Orte der Entstehung toxischer Substanzen bei Verbrennungen und Verbrühungen näher zu treten, stellte der Verfasser mehrfache Versuche an. Es handelt sich um zwei Reihen. Einesteils wurden bei künstlichen Verbrennungen auf der Haut und auf dem Bauchfell von Tieren die Resultate verglichen, anderenteils wurden die Wirkungen von Verbrennungen bei erhaltener Blutcirkulation beobachtet. Als Versuchstiere waren Hunde wegen ihrer starken Widerstandsfähigkeit gegen Verbrennungen, die auch von Lesser und Silbermann hervorgehoben worden ist, nicht zu gebrauchen. Zu den Versuchen dienten Kaninchen. Die Tiere mit ausgebreiteten Hautverbrennungen erholten sich dabei relativ schnell wieder, während jene mit peritonealen Verletzungen teils schwer erkrankten, teils zu Grunde gingen. Daraus folgt, dafs die Haut keinesfalls die ausschliefsliche Bildungsstätte der Toxine sein kann. Des weiteren zeigte sich — die Verbrennung bei Blutleere wurde an den Ohren, die man nach Ausdrücken des Blutes abgeklemmt hatte, ausgeführt —, dafs Verbrennungen in einem Grade, der bei Erhaltung der Blutströmung sicher letal gewirkt hätte, bei Blutleere fast ohne üble Folgen blieb. Auch das spricht dagegen, dafs sich die Toxine nur in der Haut bilden. Es findet nach Ansicht des Verfassers auch keine Resorption giftiger Substanzen aus der Haut statt, vielmehr wirken die durch die Hitze entstandenen physikalischen und chemischen Zerfallsprodukte des Blutes selbst in ihrer Kombination als toxische Faktoren. *Hopf-Dresden.*

Pseudovenerische Läsionen, von A. Dron. (*Lyon. méd.* 1900. No. 44.) Verfasser beschreibt zwei Fälle dieser Art, welche venerischen Geschwüren täuschend ähnlich sahen. In dem einen handelte es sich um eine Amme, bei der am Gaumensegel und dem vorderen rechten Gaumenbogen rundliche, über das umgebende Niveau leicht emporragende Plaques konstatiert wurden, die ganz wie Plaques muqueuses aussahen. Es ergab sich, dafs diese Läsionen Brandwunden des zweiten Grades darstellten, die sich die Patientin beim Schlucken einer heifsen Kartoffel zugezogen hatte. Der zweite Fall betrifft eine Prostituierte mit einer ganz ähnlichen Läsion an der grofsen Schamlippe. Auch hier handelte es sich um die Folge einer Verbrennung (mit einer Cigarre). *C. Müller-Genf.*

Zur Behandlung der Verbrennungen mit Pikrinsäure, von P. Loschzilow. (*Jeschenedelnik* 1900. No. 51.) Verfasser hat in frischen Fällen von Verbrennungen ersten Grades von dem üblichen Linim. calcar. und der Salben nie Erfolge gesehen; letztere vermehren sogar das Gefühl von Hitze und den Schmerz und sind allenfalls bei nicht frischen Fällen anzuwenden. Als Fabrikarzt hatte er Gelegenheit an mehr als 200 Kranken die Wirkung der Pikrinsäure in frischen Fällen von Verbrennung zu erproben und erzielte dabei sehr gute Heilerfolge. Er benutzte Gazekompressen, welche mit Pikrinsäurelösung (1—5 : 1000) getränkt und locker aufgelegt wurden. Bei der Anwendung dieses Mittels betont er erstens das schnelle Nachlassen der Schmerzen, zweitens die dabei erzielte Desinfektion der Wunde und daher bessere Aussicht auf

Heilung und drittens das Fehlen von Vergiftungserscheinungen bei obiger Konzentration und ärztlicher Aufsicht. So konnte z. B. Verfasser bei einem und demselben Knaben zweimal die guten Erfolge konstatieren: einmal war diesem fast 1/5 der Körperoberfläche (Rücken, rechte Seite, Hand und ein Teil des Gesichts) durch Naphta und Schmalz verbrannt; nach zwei Stunden langer Applikation der genannten Lösung, liefs der Schmerz bedeutend nach, so dafs ein leichter Verband angelegt werden konnte, den man später nur zweimal täglich zu wechseln brauchte; schon nach drei Tagen ging Verfasser zur Salbenbehandlung über; nach drei Monaten trat gute Heilung ein. Zum zweiten Mal verbrannte sich derselbe Knabe nach einem Jahre wieder den Rücken, wobei nach zweimonatlicher gleicher Behandlung ungestörte Heilung eintrat. *H. Löwensohn-Riga.*

Intoxikations-Exanthem und Nephritis als Folgeerscheinungen einer Verbrennung, von Richard Fraenkel. (*Wien. klin. Rundsch.* 1901. 9.) Von der Umgebung einer fast geheilten Brandwunde ausgehend, entwickelte sich ein pustulöses Exanthem, welches sich über den ganzen Körper verbreitete. Aus den Pusteln gingen, nachdem sie geplatzt, scharfbegrenzte, am Rande gerötete, gegen die Mitte weifse und über das Niveau erhabene, stark juckende Flecken hervor. Gleichzeitig Erscheinungen einer Nephritis. Heilung in wenigen Tagen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Schwere Verätzung durch Schmierseife bei einem 18 Monate alten Kinde, von Joseph Langen-Prag. (*Münch. med. Wochenschr.* 1901. No. 15.) Bei einem 18 Monate alten Kinde, das ein Stückchen Schmierseife verschluckt hatte, konstatierte der Verfasser nach drei Stunden, obwohl gleich nach dem Schlucken spontane Erbrechen aufgetreten und alsbald Essigwasser zugeführt, auch der Magen mit Essigwasser ausgespült worden war, starke Verätzung der Mundschleimhaut und dazu Zeichen einer schweren Störung des Allgemeinbefindens. Vierundzwanzig Stunden später war bei dem kleinen Patienten eine rechtsseitige Lungenentzündung zu konstatieren, in der folgenden Nacht starb das Kind. Bei der Sektion fand sich aufser einer Verdichtung des rechten Unterlappens die Schleimhaut des Mundes, des Rachens, der Speiseröhre und des oberen an diese sich anschliefsenden Magenabschnittes in einen teils graugelben, teils grünlichen, teils schwärzlichen ziemlich leicht abstreifbaren Schorf umgewandelt; der Magengrund, sowie das untere Drittel des Magens gegen den Pförtner hin war normal blafs. — Die chemische Untersuchung der Schmierseife, von welcher das Kind ein Stück geschluckt hatte, ergab, dafs sie frei von überschüssiger Kalilauge war, aber einen Gehalt von über 5% Pottasche hatte. Es handelte sich also um eine Ätzung durch Pottaschelösung; die Ätzwirkung einer solchen ist etwas schwächer und tritt langsamer ein als die Ätzwirkung einer gleich starken Kalilaugenlösung; die Wirkung auf das Herz ist bei beiden ein sehr intensive.
Götz-München.

In der medizinischen Sektion der schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur (Nach *allg. med. Centralztg.* 1900. No. 88) demonstrierte Schäffer einen Fall von tuberösem **Bromausschlag** an der Streckseite beider Unterschenkel. Das Exanthem, das nach mehrwöchentlichen Bromgebrauch unter lebhafter Schmerzempfindung aufgetreten war, besteht aus halbkugeligen oder plattenartig erhabenen Efflorenzen von ausgesprochen entzündlichem Charakter. Die Knoten sind im Centrum weifs-gelblich verfärbt. In der Umgebung finden sich zahlreiche kleinere Knötchen von ähnlichem Aussehen mit deutlicher Entzündungszone, dazwischen zahlreiche Pusteln mit prall gespannter Decke. Das gleiche Exanthem war bei der Patientin schon zweimal nach längerem Bromgebrauch aufgetreten und nach Aussetzen der

Medikation rasch wieder abgeheilt. Bei dem vorhergehenden Exanthem war Bromipin subcutan verabreicht und trotzdem ein Rückgang des Ausschlags konstatiert worden. Es sollen daher auch diesmal Bromipininjektionen gemacht werden.

Götz-München.

Drei Fälle von Silberekzem, von G. Mohr-Hamburg. (*Mitteil. a. d. Hamburg. Staatskrankenanstalt.* Bd. II. Heft 3.) Der Verfasser erwähnt drei Fälle von ganz dem Jodoformekzem analog verlaufenden und aussehenden Ekzem nach Anwendung der Crédeschen Silberpräparate (Silbergaze und Silberverbandstoff). Um diese sehr dienlichen Präparate nicht entbehren zu müssen, empfiehlt Mohr ähnlich wie bei der Jodoformanwendung im Falle von Idiosynkrasien der Haut nur die Wundflächen damit in Berührung zu bringen, die umgebende Haut aber irgendwie, z. B. durch Einfetten zu schützen. *Hopf-Dresden.*

Ein erythematöser Ausschlag nach Gebrauch von Borsäure, von Henry Handford. (*Brit. med. Journ.* 24. Nov. 1900.) Einem 47jährigen Arbeiter war wegen Dilatation des Magens wiederholte Ausspülungen des letzteren gemacht worden. Vom 19. bis 25. April wurde als Spülflüssigkeit eine 1%ige Borsäurelösung gebraucht, als plötzlich auf der Haut sich erythematös gerötete, juckende Stellen zeigten, die später anschwollen und sich verdickten. Anstatt der Borsäure wurde nunmehr reines Wasser zum Ausspülen verwendet, und nach zwei Tagen war der Ausschlag verschwunden, um bei Wiederaufnahme der Borsäurespülungen in schwächerer Konzentration (1 : 200) trotzdem wieder zum Vorschein zu kommen. Nach Sistierung der Borsäurespülungen verschwand der Ausschlag gänzlich. *C. Berliner-Aachen.*

Erythematöser Ausschlag nach Borsäure-Applikationen, von Arthur Hall. (*Brit. med. Journ.* 22. Dez. 1900.) Im Hinblick auf den von Handford beschriebenen Fall erinnert Verfasser daran, dafs er schon im Jahre 1897 einen Fall von intensivem, erythematösen Ausschlag infolge von Borsäurevergiftung publiziert habe. Der Patient mit ausgedehnten Brandwunden hatte damals einen Borsalbenverband erhalten. Seit der Zeit hat der Verfasser wiederholt derartige Fälle beobachtet und glaubt, dafs die Borsäure denn doch nicht ein so harmloses Antiseptikum sei, als man für gewöhnlich annehme. *C. Berliner-Aachen.*

Ein Fall von Arsen-Dermatitis, von A. H. Ohmann-Dumesnil-St. Louis. (*New York. med. Journ.* 2. Febr. 1901.) Die Hauterscheinungen bei Arsenikintoxikation sind verschiedener Art und ihre Lokalisationen wechseln in hohem Grade. Im vorliegenden Falle handelte es sich bei einer 26jährigen Person um einen Selbstmordversuch mit einem Theelöffel voll sog. Rattengift, welches schreckliche Schmerzen verursachte; durch Magenausspülung konnte die mit dem Tode kämpfende Patientin gerettet werden. Zwei Tage später zeigten sich am Gesicht als Hauptveränderungen Bläschen mit einigen Pusteln, Lippen und Nase waren geschwollen, an der linken Seite der Stirne einige verstreute Bläschen und kleine Pusteln, auf jeder Seite der Nase, ebenso auf der Oberlippe Bläschen; die subjektiven Beschwerden der Patientin waren Brennen und Jucken. Am linken Hinterbacken waren ebenfalls Bläschen vorhanden. Was diesen Fall von den bisher veröffentlichten von Arsenikdermatitis, wo es sich um allmähliche Einnahme kleiner Dosen handelte, unterscheidet, ist die grofse Menge des auf einmal genommenen Giftes, welches jedoch die schliefsliche Genesung nicht hinderte. *Stern-München.*

Neurotische Entzündungen.

Über Erythema exsudatioum multiforme nach chemischer Reizung der Harnröhre, von J. Heller. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1901. No. 11.) Nachdem für die Erklärung des Erythema exsudativum multiforme verschiedene Hypothesen aufgestellt waren (Angioneurose, selbständige Infektionskrankheit) brachten G. Lewins Versuche einige Aufklärung, da es ihm gelang, die Krankheit künstlich zu erzeugen durch chemische Reizung der Harnröhre mittelst Sabinasalbe. Die Beweiskraft dieser Versuche ist von manchen Autoren angezweifelt worden. Verfasser berichtet daher über einen ähnlichen von ihm beobachteten Fall. Der Patient hatte vor zwei Jahren an Blennorrhoe gelitten, war aber seitdem gesund. Vor einem Coitus mit seiner ebenfalls gesunden Frau badete er, um Konzeption zu verhindern, den Penis in 20%ige Kreolinlösung. Es trat danach starke Schwellung des Gliedes, eitriger Harnröhrenausfluſs ohne Gonokokken, Schwellung des rechten Handgelenks auf. Nach sechs Tagen entwickelte sich ein typisches Erythema exsudativum multiforme, das mit nachlassenden Schüben circa sechs Wochen lang bestand. Da die Reflextheorie in diesem Falle (nach sechs Tagen) zur Erklärung nicht genügt, sucht Verfasser die Entstehung des ganzen Symptomenkomplexes durch eine Intoxikation, oder besser durch eine Autointoxikation zu erklären. Durch kleine Verletzungen der Harnröhre können, ebenso wie in den Lewinschen Versuchen, gewisse Mengen von chemotaktisch verändertem Serum zur Resorption gelangen. Diese wirken auf die vasomotorischen Centren in der Medulla oblongata, und so erklärt sich auch der Verlauf des Erythems mit seinen Prädilektionsstellen, Symmetrie, Entwickelung der einzelnen Plaques je nachdem, wie die einzelnen Centren der Reihe nach erkranken. Ebenso lassen sich auch die Erytheme erklären, die nach Seruminjektionen auftreten (Pferdeserum bei der Behandlung Syphilitischer, Behrings Antidiphtherieserum). Auch die von Still beschriebenen Fälle von Erythema enematogenes nach Seifenklystieren finden so eine zwanglose Erklärung, da durch die Seife eine starke Reizung der Mastdarmschleimhaut gemacht wird.

In der Diskussion (ref. Vereinsbeilage No. 44 der *Dtsch. med. Wochenschr.* vom 8. Nov. 1900) erwähnt Vormeng, daſs er zwei Fälle von Erythema exsudativum multiforme gesehen hat, für die er absolut keine Ätiologie finden konnte. Senator erwähnt einen Fall, in dem sich die Hauterkrankung an eine Angina, die mit Seruminjektion behandelt wurde, anschloſs; es braucht also nicht unbedingt eine Reizung der Harnröhre vorhergegangen zu sein.

Rothmann senior sah einen Fall nach einer ganz leichten Angina, ohne Serum behandelt, auftreten. Heller erklärt im Schluſswort, daſs er nicht beabsichtigt habe, das infektiöse Erythema exsudativum multiforme zu leugnen, er wollte nur Beweise für die Versuche Lewins bringen und Beiträge zur Lehre vom toxischen Erythema exsudativum multiforme bringen. *F. Hahn-Bremen.*

Dermatitis herpetiformis multiformis, von Stopford Taylor. (*Brit. med. Journ.* 17. Nov. 1900.) Die Affektion begann bei dem 66jährigen Manne vor vierzehn Tagen mit Efflorescenzen vom Charakter des Erythema multiforme. Befallen waren Rücken und Gesäſs. Als der Zustand sich zu bessern anfing, schlug plötzlich eine Pneumonie zu und raffte den Patienten hinweg. Ungewöhnlich war die groſse Menge Serum, welche von den Efflorescenzen abgesondert wurde. Verfasser möchte in dem herpetischen Ausschlage und der croupösen Pneumonie kein zufälliges Zusammentreffen, sondern einen ätiologischen Zusammenhang annehmen. Buchanan hat in einem Falle akuter Pneumonie einen herpetischen Ausschlag beobachtet. Der Inhalt der Bläschen enthielt Pneumokokken. *C. Berliner-Aachen.*

Über Herpes progenitalis, von ARTHUR COOPER. (*Brit. med. Journ.* 19. Mai 1900.) Der typische Herpes progenitalis bietet das bekannte Bild einer Gruppe von kleinen Bläschen auf einer geröteten und von einem roten Hofe umgebenen Basis. Er wird häufig von Jucken oder Brennen begleitet oder eingeleitet und verschwindet gewöhnlich vollständig im Verlaufe einer Woche, ohne die Lymphdrüsen zu befallen. Sitzen die Bläschen auf der Haut oder exponierten Schleimhaut, so trocknen sie rasch zu dünnen Schüppchen ein, welche bald abfallen und eine gesunde Fläche zurücklassen. Kommen die Bläschen in Kontakt mit einer feuchten Fläche, so beim Herpes präputialis und der Glans penis — so entstehen rasch kleine Erosionen, die jedoch bei sonst gesundem Zustande der Schleimhaut, ebenso rasch abheilen.

Der Herpes kann aber aus verschiedenen Gründen irregulär in seiner Verteilung oder in seinem Verlaufe sein und dann ein so verändertes Bild zeigen, dafs die Diagnose oftmals sehr schwer wird, zum Schaden der Therapie häufig falsch ist. Solche Gründe sind langes, enges, durch Smegma oder Blennorrhoe gereiztes Präputium oder entzündete Eichel (Balanoposthitis), Applikation reizender Mittel, ferner nervöse Einflüsse, gleichzeitig bestehender harter oder weicher Schanker oder Syphilis. In zweifelhaften Fällen untersuche man die affizierte Stelle, sowie die Inguinaldrüsen genau und wiederholt und vermeide bis zur Klärung der Diagnose reizende Mittel und die Verordnung von Merkur. *C. Berliner-Aachen.*

In der medizinischen Sektion der schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur (*Allg. med. Centralztg.* 1900. No. 88) stellte PICK einen **Fall von Prurigo mit gleichzeitig bestehendem papulösem Syphilid** vor. Bei dem 24jährigen Patienten finden sich besonders an den Streckseiten der Extremitäten, weniger an den Beugeseiten und am Stamme, zahlreiche kleinste, blafsrote, wenig prominente Knötchen neben zahlreichen blafsbraunen Pigmentflecken. Die Haut erscheint an den affizierten Stellen etwas derber und rauh. Die cruralen Leistendrüsen sind als gänseeigrofse, elastische Tumoren tastbar. Angeblich besteht diese Prurigo schon seit 17 Jahren, ohne je besondere Beschwerden zu verursachen. Das papulöse Syphilid ist vorwiegend an den von der Prurigo freigebliebenen Stellen lokalisiert. Die derbe Sklerose der inguinalen Lymphdrüsen läfst sich deutlich von der elastischen Schwellung der cruralen Lymphdrüsen unterscheiden. *Götz-München.*

Die Erythromelalgie nach Influenza, von CRESPOLANI. (*Giorn. intern. delle scienze med.* 1900. No. 19.) Der 22jährige Soldat erkrankte an Influenza, welche innerhalb drei Tagen den usuellen Mitteln wich, um aber umgehend von einer typischen Erythromelalgie der beiden unteren Extremitäten gefolgt zu werden. Es bestanden äufserst heftige, besonders in die grofsen Zehen irradiierende Schmerzen in beiden Füfsen, denen eine intensive Rötung mit relativ bedeutender lokaler Temperaturerhöhung folgte; die Rötung reichte nach oben bis zum mittleren Drittel des Unterschenkels wo sie in einer scharfen Demarkationslinie aufhörte. Heilung nach zwei Monaten. Keine visceralen Erscheinungen. *C. Müller-Genf.*

Über Erythromelalgia, von HENRY L. ELSNER-Syracuse. (*Med. News.* 1901. No. 11.) Von den zwei Fällen dieser nun immer mehr bekannt und häufiger werdenden Affektion, welche E. hier eingehend beschreibt, betraf der eine einen 64jährigen Mann, bei dem das Leiden mit grofser Hitze und einem prickelndem Gefühle im rechten Fufs und besonders in der rechten Zehe begann (1893); nach ein paar Jahren, wo dieses Gefühl anfallsweise sich wiederholte, bemerkte man, dafs zur Zeit der gröfsten Schmerzen der Fufs dunkelrot wurde und sich mit tausenden von Schweifstropfen bedeckte, während die Venen immer abnorm hervortraten und die Arterien heftig

schlugen. Bald war auch der linke Fuſs in ähnlicher Weise mit „roter Neuralgie“ und Hyperhidrosis befallen. Nach vier Jahren (1897) wurde die Mittelzehe des rechten Fuſses gangränös und allmählich der ganze rechte Fuſs mit Ausnahme der kleinen Zehe und nach Verlauf von einem weiteren Jahre starb Patient an Erschöpfung, nachdem die physikalische Untersuchung eine weitausgedehnte Arteriosklerosis und geringe Hypertrophie des linken Ventrikels ergeben hatte; der linke Fuſs war von der Gangrän nicht befallen worden. Im zweiten Falle, einer 39jährigen Dame, begann der Schmerz an der Palmarfläche des linken Zeigefingers und trat anfallsweise mit dem Gefühl der Hitze, das auch die ganze Hand ergriff, und abnormer Schweiſssekretion auf; dazu gesellte sich eine feine rythmische Zitterbewegung an der ganzen Hand und besonders dem Zeigefinger. Dieses Stadium der Erythromelalgie währte circa 10 Jahre, es traten dann cirkumskripte gangränöse Herde auf der Haut auf, welche jedoch ausheilten, ohne daſs die hochgradige Hyperästhesie schwand. Nachdem alle anderen Mittel, die Jahre hindurch vergebens angewandt worden waren, schritt man zur Amputation des Zeigefingers, was Patientin groſse Erleichterung und Rückkehr zur normalen Lebensweise brachte. Die histologische Untersuchung des amputierten Gliedes zeigte um die kleinen Arterien Infiltrationsherde mit Lymphzellen. Im Anschluſs an diese zwei Fälle bespricht E. die einschlägige Litteratur, welche er nach den 87 namentlich aufgeführten Arbeiten fleiſsig studiert zu haben scheint, aber nicht viel mehr als 50 Fälle dieser Affektion aufwies. Als eine Krankheit für sich kann er nach allem die Erythromelalgie nicht ansehen und hebt schlieſslich hervor, wie erstaunlich verschiedenen Krankheiten dieselbe untergeordnet wird, ohne übrigens sich über deren Pathogenese näher auszusprechen. *Stern-München.*

Akute Exantheme.

Die Pocken in Paris, von H. Roger. (*Presse méd.* 1901. No. 16.) Das Pariser Isolierspital von Aubervilliers hat im Jahre 1896 noch 38 Fälle von Variola zu verzeichnen gehabt, 1897 nur noch 20, 1898 nur 2 Fälle. Der letzte Fall kam im Juni 1898 zur Behandlung und bis Ende 1899 blieb das Krankenhaus pockenfrei. Seitdem hat sich plötzlich die Variola mit erneuter, erschreckender Heftigkeit eingestellt und wütete noch im Anfang des Jahres 1901 ungeschwächt fort. Das vorige Jahr brachte dem Hospital über 900 Pockenerkrankungen. Der Verfasser fordert, um diesen Zuständen endlich einen Abschluſs zu bereiten, ein Impfzwanggesetz mit Revaccination, daneben eine wirkliche Durchführung der Krankenisolierung, und nicht bloſs eine Quarantäne für suspekte Zugereiste; ferner Verbot, das Krankenhaus vor beendeter oder sofort nach beendeter Heilung zu verlassen. *Hopf-Dresden.*

Die Pocken in Lyon, von J. Courmont. (*Presse méd.* 1901. No. 24.) Nachdem die Variola in Lyon seit etwa 15 Jahren so gut wie gar nicht beobachtet worden war, begannen im Jahre 1899 Pockenfälle aufzutreten, die zu einer ernsthaften Epidemie im Dezember desselben Jahres wurden. Ihre Dauer reicht bis November 1900. Es erkrankten 912 Personen an Variola, von denen 167 = 18 Prozent starben. Gegen nur 343 Männer waren variolös 449 Frauen. Eine Statistik ergiebt, daſs die Zahlen für beide Geschlechter bis zu 10 Jahren fast gleich waren. Zwischen 10 und 20 Jahren erkrankten mehr Männer wie Frauen (letztere noch zu Haus, erstere schon auf Erwerb ausgehend). Das Verhältnis kehrt sich für die folgenden Jahrzehnte um: zwischen 20 und 30 Jahren 157 Frauen auf nur 78 Männer, zwischen 30 und 50 Jahren 146 Frauen auf 84 Männer. Über dem 50. Lebensjahre gleichen sich die Differenzen wieder aus.

Als Grund für den geringeren Anteil der erwachsenen Männer sieht Courmont wohl mit Recht die Impfungen beim Militär an. Wichtig sind letztere auch für das Mortalitätsverhältnis. Zwischen 20 und 50 Jahren beträgt die Sterblichkeit bei den Frauen 18 Prozent, bei den Männern nur 14 Prozent. Primär hämorrhagische Formen traten 44 mal auf, davon 43 mal tötlich. (15 Männer, 29 Frauen, meist zwischen 20 und 30 Jahren.) Von diesen 44 Fällen waren 23 gar nicht, 21 vor mehr als 10 Jahren geimpft worden. Sekundär hämorrhagische Formen gelangten 40 mal zur Beobachtung, davon 27 Heilungen. *Hopf-Dresden.*

Eine klinische und pathologische Studie über das Scharlachfieber, von Jay F. Schamberg-Philadelphia. (*Journ. of the amer. med. Association.* 10. Nov. 1900.) Die mit 16 Zeichnungen über den makroskopischen und mikroskopischen Befund versehene Arbeit beschäftigt sich vor allem mit dem Ursprung und Charakter der Desquamation. Aus den langjährigen Forschungen des Verfassers ergeben sich folgende Schlüsse. Die Farbe des Scharlachexanthems wechselt bei den verschiedenen Individuen und ist auch zu verschiedenen Zeiten bei dem gleichen Patienten eine verschiedene; genau genommen ist sie niemals Scharlach-, sondern nur gelegentlich hellrot; häufiger ist es ein dumpfes Rot mit einer deutlichen Braunnüance. Es giebt aufser dem Erythem noch andere Eruptionsformen des Scharlachs, nämlich Bläschen und Papeln, letztere mit der ausgesprochenen Tendenz zu Gänsefleischhaut. Bläschen sind häufiger als gewöhnlich angenommen wird, sie können sehr zahlreich bei intensiven Ausschlägen, obwohl sie auch bei leichteren vorhanden sind, und zwar so zahlreich sein, dafs die Diagnose verwischt wird; der Grad der Abschuppung soll proportional mit der Zahl der Bläschen sein. Sch. glaubt übrigens, dafs der Abschuppung bei der Scharlachdiagnose zu viel Wichtigkeit beigelegt werde; die Desquamation sei eben das Schlufsstadium gewisser Entzündungserscheinungen der Haut und ist keineswegs das Specifische irgend einer Krankheit. Es giebt andere Hauteruptionen infektiösen Ursprungs, welche dem Scharlach so ähnlich sind, dafs sie an sich nicht unterschieden werden können; unter dem Namen „Erythema scarlatiniforme" zusammengefafst, sind sie jedoch verschiedenen Ursprungs. Ein differentialdiagnostisches Merkmal dieser Ausschläge ist ihre Neigung zu Rückfällen. Histologisch ist das Scharlachexanthem eine Dermatitis, welche tiefe und intensive Veränderungen im Corium hervorruft. Der höchste Grad von Entzündung ist um die Haarfollikel entwickelt, welche häufig ein seröses und Zellenexsudat zeigen. Die Bläschen haben ihren Sitz entweder in der Epidermis oder in den Wänden der Haarfollikel. Die Persistenz der Desquamation und der Infektiosität der Schuppen hängt mit der Tiefe des pathologischen Hautprozesses zusammen. Aufzählung von 12 histologisch, an mehr als 400 Schnitten, untersuchten Fällen (mit Abbildungen). *Stern-München.*

Über die Dauer der Infektiosität des Scharlachfiebers, von Sp. Cameron. (*Brit. med. Journ.* 21. April 1900.) Verfasser möchte die Isolierung der Patienten nicht nach Wochen, sondern nach Monaten bemessen. Die Scharlachkranken scheinen ihm ansteckend zu bleiben, bis sie vollkommen gesund, d. h. auch frei von allen katarrhalischen Erscheinungen der Nase, des Rachens, der Ohren sind. So lange noch das geringste Anzeichen einer Komplikation des Scharlachs vorhanden, sei dieses Stadium nicht erreicht. *C. Berliner-Aachen.*

Über Scharlachrückfälle und die Dauer der Infektiosität des Scharlachfiebers, von A. E. Pearson. (*Brit. med. Journ.* 21. April 1900.) Verfasser verlangt unter Hinweis auf Kleins Bericht über den Mikroorganismus des Scharlachfiebers, dafs man zur Vermeidung von Irrtümern in der Diagnose sowohl in der Privat- wie

in der Hospitalpraxis systematische, bakteriologische Untersuchungen anstelle. Man werde durch dieselbe auch die Dauer der Übertragbarkeit einzelner Scharlachfälle genauer bestimmen können. In 38 % der Fälle hat Verfasser den von KLEIN gefundenen Streptococcus conglomeratus oder Streptococcus scarlatinae nachweisen können und ist deshalb sehr geneigt, diesen als den specifischen Organismus des Scharlachfiebers anzusehen. Die Zahl der Rückfälle beträgt etwa 1,5 %. Die unterschiedslose Annahme von sechs Wochen als Dauer der Übertragbarkeit hält Verfasser für verhängnisvoll, weil Fälle im Winter, wegen der häufig gleichzeitig bestehenden Otorrhoe und Rhinitis, die Infektiosität länger bewahren als im Sommer auftretende Fälle ohne diese Komplikationen. Als Minium der Dauer der Isolierung von Scharlachkranken sollte man im Winter acht, im Sommer sieben Wochen festhalten.

Verfasser zeigt sodann, dafs an vielen Rückfällen die sehr mangelhafte Desinfektion der Kleider und Bettwäsche schuld sei. *C. Berliner-Aachen.*

Über Fälle von fragmentarem Scharlach, von SOMMER; Vortrag, gehalten im med.-pharmaceut. Bezirksverein Bern. (*Correspondenzbl. f. schweiz. Ärzte.* 1900. No. 19.) In einer Familie erkrankten fünf Kinder im Alter von 6—20 Jahren, wovon drei ein typisches Scharlachexanthem zeigten; bei den beiden anderen blieb das Exanthem vollständig aus und von Abschuppung war nichts zu bemerken; dagegen wurde bei ihnen eine akute hämorrhagische Nephritis konstatiert. Angesichts der in der Familie herrschenden Scharlachepidemie scheint bei den beiden Patienten kein Zweifel über die Natur der Nierenaffektion zu bestehen. Obwohl bei dem einen derselben Verdauungsbeschwerden, mit Erbrechen etc., vorangegangen waren, glaubt S. nicht an eine Infektion der Nieren durch das Bacterium coli, wie sie RENDU und NETTER beobachtet haben. *C. Müller-Genf.*

Ein Fall von Scarlatina maligna, von JOHN MARSHALL. (*Brit. med. Journ.* 3. Nov. 1900.) Ein 7jähriges Mädchen erkrankte in der Nacht mit heftigen Kopfschmerzen und Erbrechen. Am Morgen waren diese Erscheinungen verschwunden, um am Abend wieder mit erneuter Heftigkeit auszubrechen. Das Kind fieberte stark und delirierte. Am nächsten Tage wurde es ins Hospital gebracht. Hier zeigte es einen roten, geschwollenen Rachen und rote Flecke am unteren Abdomen und an den oberen Partien der Oberschenkel. An darauffolgenden Tage war der Körper bedeckt mit einem typhusähnlichen Petechialausschlag. Die Temperatur betrug 40°, der Puls 132, die Patientin lag unruhig, kollabiert und seufzend da. Am vierten Tage der Erkrankung machte sich eine auffallende Besserung bemerkbar, die jedoch bald dem früheren, schweren Zustande Platz machte. Am fünften Tage erfolgte der Tod des Kindes. *C. Berliner-Aachen.*

Ein Fall von Scarlatina pemphigoides, von A. SOMERS. (*Brit. med. Journ.* 3. Nov. 1900.) Der Fall betraf ein 6jähriges Mädchen, das bei der ersten Visite des Verfassers einen typischen, wenn auch leichten Scharlachausschlag zeigte. Nach Verlauf von 6 Tagen hatte das Fieber nachgelassen. Das Kind befand sich relativ wohl, als am folgenden Tage das Fieber wieder anfing und die Haut des ganzen Körpers sich mit Bläschen bedeckte; gleichzeitig klagte die Patientin über Schmerzen in den Hand-, Ellenbogen- und Kniegelenken. Nach 3—4 Tagen konfluierten zahlreiche Bläschen und wurden pustulös unter Entleerung eines profusen, eiterigen Inhalts. Verfasser glaubt, dafs es sich im vorliegenden Falle um eine Coincidenz von Varicellen und Scarlatina gehandelt haben könnte. Die Patientin genas. Die Mutter und ein Bruder derselben hatten vorher Scharlach durchgemacht. *C. Berliner-Aachen.*

Ein Fall von Scarlatina pemphigoides, von E. Baylor. (*Brit. med. Journ.* 8. Dez. 1900.) Ein Vater, dessen 5 Kinder, im Alter von 3—12 Jahren stehend, kurz zuvor Scharlach von leichtem Charakter durchgemacht hatten, erkrankte selbst daran, hielt es jedoch nicht für nötig, sich zu Bett zu legen. Am vierten Tage nach Beginn der Krankheit bekam er, wahrscheinlich infolge der Reibung der Kleider, intensives Jucken und kratzte sich nach Herzenslust. Bald darauf entstanden Bläschen, die mit benachbarten konfluierten und zu grofsen Blasen wurden. Dieselben barsten und nach Entleerung des Inhalts trockneten sie ein. Hierdurch und durch den gleichzeitig auftretenden Desquamationsprozefs bekam die Haut eigentümliches marmoriertes Aussehen. Verfasser erklärt die Entstehung der Blasen durch das Kratzen und nimmt nicht, wie Somers, eine doppelte Infektion an. *C. Berliner-Aachen.*

Über die anatomischen und chemischen Veränderungen der Leber bei Scharlach, von H. Roger und M. Garnier. (*Rev. de méd.* 1900. Bd. 20.) Die Verfasser kommen zu folgenden Schlüssen: Die Scharlachleber ist etwas voluminöser als in der Norm, blafs, zuweilen mit roter oder violetter Marmorierung und bietet auf der Oberfläche weifse oder seltener rote Flecke dar. Die Veränderungen betreffen die einzelnen Leberzellen und ihre Begrenzung. Starke Leukocytose herrscht hier vor. Die Zellen degenerieren, meist fettig. Ist diese Fettmenge sehr grofs, so sinkt der Wassergehalt auf 2—3%. Die Quantität des Fettes kann sich verdoppeln und sogar verdreifachen. Das Eiweifs ist im allgemeinen vermehrt, wohl durch die Zunahme der Leukocyten. Die subakuten Scharlachfälle zeigen die weitestgehenden Leberveränderungen, während letztere im Falle baldigen Todes fast nicht gefunden werden. *Hopf-Dresden.*

Die Ichthyolbehandlung des Scharlachs nach Seibert, von Hugo Kraus. (*Prag. med. Wochenschr.* 1900. No. 52.) Seibert behandelt Scharlachkranke folgendermafsen: 1. Einreibungen des ganzen Körpers mit 5—10% Ichthyolsalbe alle 6—12 Stunden, während der Abschuppung einmal täglich, jedesmal werden 30,0—90,0 Salbe verrieben. 2. Interner Gebrauch von Jod-Jodkalium-Karbollösung. 3. Durchspülung von Nase und Nasenrachenraum mit 5% Ichthyollösung von der Nase aus. — Die Resultate der Behandlung schildert Seibert als sehr günstige. Verfasser hat ganze drei Fälle mit Ichthyol-Inunctionen behandelt. Es konnte keine günstige Beeinflussung festgestellt werden, noch aber kam es in allen drei Fällen zu einer intensiven Dermatitis mit Juckreiz und Schuppung. Es ist also die Methode zu widerraten.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ist die Maserninfektion der Keuchhusteninfektion antagonistisch? von William B. Young. (*Med. News.* 1901. No. 9.) Während des letzten Winters und Frühjahrs, wo Y. die strengste Masern- und Keuchhustenepidemiezeit seiner Praxis in Boneter (Penn.) erlebte, beobachtete er u. a. 4 Fälle von schwerem Keuchhusten, wo nach dem Hinzutreten von Masern erstere Infektion völlig verschwand. Aufmerksam gemacht auf diese Coincidenz, ergaben ihm weitere Nachforschungen, dafs ihm kein Fall begegnet sei, wo ein Kind während oder einige Zeit nach einer Maserninfektion an Keuchhusten erkrankte. Es dürfte daher nicht unwahrscheinlich sein, dafs erstere den Antagonismus zu letzterem bilde, wie z. B. Fälle bekannt sind, wo alte Beingeschwüre oder ein Brustkrebs nach einer Typhusinfektion für immer verschwanden. In diesem Sinne der antagonistischen Wirkung sind auch Clays Versuche, der die Mischung von Erysipel- und Bacill. prodig.-Toxinen direkt in die Krebsgeschwulst injizierte, und diejenigen anderer Forscher zu erklären, welche zeigten, dafs bei einem grofsen Prozentsatz der Krebsfälle, die mit dieser Mischung behandelt worden sind,

die Krebsparasiten zerstört und die -Toxine neutralisiert wurden. Es wäre daher nicht undenkbar, dafs die Masernkeime oder -Toxine bei der erwähnten Epidemie die Keuchhustenparasiten zerstörten oder die Gifte neutralisierten, zumal beide Infektionen an derselben Schleimhaut, nämlich der Nasenhöhlen, ihre Arbeit begönnen. Wenn noch der Versuchsresultate von Löw und Emmerich, wonach eine aus dem grünen Eiterbacillus gewonnene Enzymlösung grofse Mengen von Typhus-, Diphtherie-, Pestbacillen rasch zerstört, gedacht sei, so könne man bei oben erwähnten Fällen nur schwer an einen blofsen Zufall denken und müsse einen Antagonismus zwischen Masern- und Keuchhusteninfektion annehmen. *Stern-München.*

Die Filatowschen Flecke bei Masern, von L. Falkener-London. (*Lancet.* 2. Febr. 1901.) Die als Filatowsche resp. Koplikschе Flecke bekannten Läsionen stellen kleine weifse Stellen anfangs ohne, nachher mit einem umgebenden roten Hofe dar. Sie sitzen am häufigsten auf der Wangenschleimhaut den unteren Mahlzähnen gegenüber; zuweilen nur drei oder vier an Zahl, zuweilen in Gruppen angeordnet; sie lassen sich durch Reiben nicht leicht entfernen. Sie bestehen aus Papillen, deren Spitze erweicht und weifs geworden ist, während die Papille selbst und die unmittelbar umgebende Schleimhaut hyperämisch ist. Bei einer von Falkener beobachteten Serie von 76 Masernkindern waren die Flecke stets vorhanden, während 3—4000 daraufhin untersuchte andere Kranke dieselben nicht zeigten. Da sie meist 2—4 Tage vor dem Auftreten des eigentlichen Ausschlags sich entwickeln, sind sie diagnostisch von grofsem Werte. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Fall von Morbilli pemphigoides mit Diphtherie, von J. Zuhr. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1901. No. 1.) Bei einem an Masern erkrankten Kinde sprossen auf Masernflecken erbsen- bis wallnufsgrofse Blasen hervor; auf der normalen Haut waren keine Blasen vorhanden. Auf Mund- und Rachenschleimhaut viele, zum Teil geplatzte Blasen; später die ganze Schleimhaut von einem schmutzig-grauweifsen, zusammenhängenden Belage bedeckt, der sich nur schwer entfernen läfst, wobei die Unterlage leicht blutet. Aus der Nase ergiefst sich seröse Flüssigkeit, die Umgebung der Nasenlöcher ist exkoriiert und diphtheroid belegt. Unter lebhaftem Fieber kollabiert das Kind allmählich und stirbt am achten Tage. — Die Thatsache, dafs nur auf Masernflecken Blasen entstanden, zeigt, dafs es sich um eine anormal heftige Dermatitis morbillosa handelt. (Um eigentliche Diphtherie hat es sich hier doch nicht gehandelt, sondern nur um eine diphtheroide Exfoliation und Exsudation. D. Ref.)
Jessner-Königsberg i. Pr.

Der Einfluſs von Masern und Erysipel auf die Epilepsie, mit kasuistischen Beiträgen von Pierce Clark und E. A. Sharp-Sonvea. (*Med. News.* 1. Dez. 1900.) Im Gegensatz zu der in letzter Zeit fast allgemein anerkannten Meinung, dafs eine infektiöse Erkrankung im Verlaufe einer chronischen Nerven- und Geisteskrankheit dieselbe günstig beeinflusse, kamen die Verfasser an der Hand der beschriebenen Fälle zu ganz anderen Folgerungen; es handelte sich dabei um 5 Fälle von Masern und 7 von Erysipel bei vorher schon bestandener Epilepsie. In keinem der Fälle wurde die letztere für längere Zeit von der akuten Infektion günstig beeinflufst: in einigen Fällen wurde sogar das Nervenleiden in seinem Verlaufe beschleunigt und in einem verursachten sogar die Masern einen epileptischen Zustand. In jenen Fällen, in welchen die Epilepsie günstig beeinflufst wurde, war diese Besserung nur von kurzer Dauer und vorübergehend. Anstatt dafs also der Arzt seinen Patienten der Gefahr einer Infektionskrankheit aussetzte, mit der geringen Aussicht, die Nervenkrankheit günstig zu beeinflussen, sollte er möglichst all' solche Komplikationen bei Epilepsie zu vermeiden suchen. *Stern-München.*

Zur Prophylaxe der Masernotitis, von Siegfried Weiss. (*Wien. med. Wochenschr.* 1900. No. 52.) In der Voraussetzung, dafs die Otitis bei Masern durch Fortpflanzung der Nasenschleimhautaffektion entsteht, empfiehlt Verfasser eine mit $^1/_2$% Arg. nitr.-Lösung getränkte Wattewicke vorne in die Nase einzuführen und durch Andrücken des Nasenflügels auszudrücken. Dieses Verfahren wird mehrere Male am Tage wiederholt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zwei schwere Varicellenerkrankungen, von Mulert. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1901. No. 5.) Der erste Fall ist bemerkenswert dadurch, dafs während der Eruption Konvulsionen auftraten.

Im zweiten Fall war die Varicellenerkrankung begleitet von einer heftigen Stomatitis, zugleich fand sich der Inhalt der Varicellenbläschen hämorrhagisch und es bestand erhebliches Fieber, welches bis zum sechsten Tage anhielt.

F. Hahn-Bremen.

Beitrag zur Kenntnis der Komplikationen bei Varicellen, von Paul Krause. (*Münch. med. Wochenschr.* 1901. No. 10.) Bei einem schwächlichen, stark rhachitischen Kinde zeigten sich am 11. Tage nach dem Auftreten der Varicellen die Symptome einer parenchymatösen Nephritis, wenige Tage später wurde eine linksseitige Otitis media konstatiert. Am 18. Krankheitstage erfolgte der Exitus. Die bakteriologische Untersuchung ergab, dafs die Nieren, ebenso wie der intra vitam entnommene Urin vollständig steril waren; dagegen enthielt das Mittelrohr beiderseits Streptokokken. Es ist nicht vollständig ausgeschlossen, dafs in diesem Falle nur ein zufälliges Zusammentreffen von Varicellen mit einer akuten Nephritis vorlag, die im ätiologischen Zusammenhang mit der Otitis stand. Jedoch spricht das negative Ergebnis der bakteriologischen Untersuchung der Nieren dafür, dafs es sich um eine echte, durch Varicellenvirus hervorgerufene Nephritis varicellosa handelte. *Götz-München.*

Bericht über die im Sommer 1900 beobachtete Blatternepidemie, von Martin Kaufmann-Frankfurt a. M. (*Münch. med. Wochenschr.* 1900. No. 50.) Die kleine Blatternepidemie (27 Fälle mit 4 Todesfällen), die im Sommer 1900 in Frankfurt a. M. auftrat, liefs ziemlich deutlich erkennen, dafs die durch eine erfolgreiche Impfung bewirkte Immunität gegen Variola zwar nur 6—10 Jahre andauert, dafs die Immunität sich aber nur allmählich verliert und noch lange Zeit einen integrierenden Einfluſs auf die Schwere einer Blatternerkrankung des betreffenden Individuums ausübt. Nur in einem Falle waren noch nicht sechs Jahre seit der letzten, übrigens erfolglosen Impfung verflossen; es war das jedoch ein ganz leichter Fall, bei dem „von einer eigentlichen Krankheit kaum die Rede sein konnte“. In 7 Fällen wurde während der Inkubationszeit der Variola geimpft, in 4 Fällen mit positivem Erfolg; einer von diesen 4 Fällen verlief tötlich, einer sehr schwer, zwei leicht. In 5 Fällen bestand das Exanthem nur aus 3—5 Effloreszenzen. Drei Leute, die mit Blatternkranken in Berührung gekommen waren, erkrankten nach Ablauf der richtigen Inkubationszeit mit hohem Fieber, Kopfschmerz und Kreuzschmerzen, waren aber nach 2 Tagen wieder vollständig gesund; ob es sich bei diesen Patienten um Variola sine exanthemate gehandelt hat, mufs dahingestellt bleiben. In mehreren Fällen, besonders soweit sie dekrepide Individuen betrafen, wurden Blutungen in einzelnen Effloreszenzen beobachtet; eine üble prognostische Bedeutung kam jedoch diesen Hämorrhagien nicht zu. Die leichten und die meisten mittelschweren Fälle blieben nach dem Abfall des Initialfiebers dauernd afebril, von den übrigen machte die Mehrzahl, hauptsächlich heruntergekommene Individuen, eine mehrtägige Periode unregelmäfsigen, mittelhohen Fiebers (nicht über 39°) durch; zwei kräftige Personen hatten typisches Eiterfieber

mit Steigerungen bis zu 41° und tiefen Remissionen; diese beiden Kranken starben. In einem Falle brach das Exanthem bei noch bestehendem hohem Initialfieber aus; in einem anderen Falle, in dem einige Tage Unwohlsein ohne Fieber bestanden hatte, trat plötzlich unter hohem Fieber das Variolaexanthem gleichzeitig mit einem hämorrhagischen Prodromalexanthem auf; letzteres bestand aus zahlreichsten kleinsten Papelchen, deren Spitzen durch Hämorrhagien gebildet waren. Bei einem Kranken wurde aufser den typischen allgemeinen Prodromalerscheinungen eine als Prodromalexanthem verdächtige Roseola, aber keine Spur von Blatternexanthem beobachtet; da der Betreffende jedoch der Schwiegersohn eines an Blattern erkrankten Patienten war und zudem im gleichen Hause wohnte wie eine ebenfalls an typischer Variola erkrankte Frau, so ist wohl anzunehmen, dafs es sich bei ihm um eine wirkliche Variola sine exanthemate gehandelt hat. Mehrere französische Autoren behaupten, dafs die Variola schon im Initialstadium durch starke Leukocytose ausgezeichnet sei; dieselbe erstrecke sich bis in die Suppurationsperiode hinein und sei besonders durch starke Vermehrung der mononukleren, ungekörnten Leukocyten charakterisiert. Unter 10 daraufhin untersuchten Fällen fand sich nur einmal eine wirkliche mononukleäre Leukocytose, sonst war das Ergebnis der diesbezüglichen Untersuchung stets ein negatives. *Götz-München.*

Variola in Glasgow. (*Brit. med. Journ.* 28. Juli 1900.) Zur Zeit liegen in den städtischen Hospitälern 51 Pockenkranke, eine auffallend grofse Zahl, für welche der Bericht die Transportierung von infizierten, aber nicht genügend verdeckten Betten und Bettstellen zum Zwecke der Desinfizierung durch offene Strafsen nach entfernt liegenden Desinfektionsanstalten verantwortlich macht. *C. Berliner-Aachen.*

Variola in London in der ersten Hälfte des Jahres 1900. (*Brit. med. Journ.* 14. Juli 1900.) Die Zahl betrug 60—70, bei denen man 5 Serien unterscheiden konnte: 1. 17 Fälle von Dezember bis März, welche alle auf ein Haus in Hackney zurückgeführt werden konnten; 2. 4 Fälle im Januar und Februar, die wahrscheinlich mit der Epidemie in Hull zusammenhingen; 3. 9 Fälle im April und Mai, welche auf Pockenfälle in Caledonien zurückgeführt werden konnten; 4. 6 Fälle, die im Krankenhause von St. George-in-the-East auftraten, und 5. 22 Fälle, die mit einem Falle in einem Hause in Westminster zusammenhingen. *C. Berliner-Aachen.*

Variola in Hull im Jahre 1899, von J. W. Mason. (*Brit. med. Journ.* 6. Okt. 1900.) Die Stadt Hull hat 234270 Einwohner, von denen 836 an Pocken erkrankten, 800 unter diesen im Hospital Aufnahme fanden. 144 starben, 10 darunter aufserhalb des Hospitals. Von 671 Geimpften starben 70 = 10,4% und von den nicht Geimpften starben 64 = 49,6%. Von Kindern unter 10 Jahren wurden 66 von den Pocken befallen, und zwar 18 geimpfte und 48, bei denen man kein Zeichen einer stattgehabten Impfung wahrnehmen konnte. Von den ersteren starb keiner, von den letzteren 50%.

Die Epidemie soll aus Rufsland durch Schiffsladungen eingeschleppt worden sein.
C. Berliner-Aachen.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXXIII. No. 6. 15. September 1901.

Aus der Abteilung für Krankheiten der Harnorgane an der allgemeinen Poliklinik in Wien. (Regierungsrat Prof. von Frisch.)

Zum Nachweise von Gonokokken in Urethralfäden.

Von

Dr. Ferdinand Winkler.

Bei der Untersuchung des Urins auf Gonokokken richtet sich die Aufmerksamkeit zunächst auf die Filamente, zumal ihnen die klassische Untersuchung von Fürbringer[1] eine sehr wichtige klinische und diagnostische Bedeutung zugeschrieben hat. Es ist schon lange bekannt, dafs die Urethralfäden sehr vergängliche Gebilde sind, und dafs sie namentlich sehr rasch beim Stehen des Urins verschwinden; deshalb rät auch Jullien[2] dem Arzte, sein Urteil über das Vorhandensein von Fäden nicht aus mitgebrachtem Morgenurin zu fällen, sondern stets den Kranken im Sprechzimmer selbst urinieren zu lassen und noch während der Konsultation die mikroskopische Untersuchung der Urethralfäden vorzunehmen, denn die Fäden „verändern sich sehr schnell im Harn, sie verzweigen sich, zerfallen und verschwinden endlich ganz in eine Art wolkiger Gallerte".

Sind nun einerseits die Urethralfäden, deren diagnostische Wichtigkeit für die Beurteilung des Zustandes der Harnröhrenschleimhaut allseits anerkannt wird, einem raschen Untergang geweiht, so fällt andererseits die Untersuchung derselben auf Gonokokken, unsern einzigen Anhaltspunkt zur Feststellung der Heilung des Gonorrhoeprozesses, in der grofsen Mehrzahl negativ aus.

Nach Scholtz[3] sind die Urethralfäden nur in höchstens 10% aller Fälle gonokokkenhaltig, Tarno[4] konnte unter 30 Fällen von chronischer

[1] Untersuchungen über die Natur, Herkunft und klinische Bedeutung der Urethralfäden. *Dtsch. Archiv f. klin. Med.* 1883. XXXIII, S. 75.

[2] L. Jullien, Tripper und Ehe. Deutsch von E. Hopf. Bornträger, Berlin 1899. S. 50.

[3] Gonorrhoe und Ehekonsens. *Allg. med. Centralztg.* 1900. No. 45.

[4] Über die bakteriologische Untersuchung der Urethralfilamente bei der Urethritis chronica. *Centralbl. f. Harn- u. Geschlechtskrankh.* 1896. VII, S. 566.

Urethritis nur ein einziges Mal in den Urethralfäden Gonokokken finden, Brauser[5] in 163 Fällen von chronischer Urethritis mit leukocytenhaltigen Urethralfäden nur zehnmal Gonokokken, und Caspar[6] hat unter 100 Patienten mit chronischer Urethritis nur achtmal Gonokokken nachweisen können. Heiman[7] konnte bei 34 Fällen siebenmal das Vorhandensein von Gonokokken feststellen.

Nur wenige Autoren waren glücklicher, so hat Pezzoli[8] bei acht Untersuchungen sechsmal Gonokokken gefunden.

Im grofsen und ganzen gilt der Gonokokkennachweis in Urethralfäden als sehr schwer, und die Breslauer Schule hat an Stelle des mikroskopischen Nachweises den kulturellen gesetzt. Scholtz[9] teilt mit, dafs es ihm in einer Reihe von Fällen behandelter Gonorrhoe, in denen mikroskopisch auch direkt vor der Abimpfung keine Gonokokken mehr gefunden wurden, durch das Kulturverfahren gelungen sei, Gonokokken nachzuweisen.

Das Kulturverfahren ist aber infolge der dazu notwendigen speziellen Einrichtungen und besonderen Nährmaterialien an die Kliniken gebunden, und deshalb hat Lewen[10] mit vollem Rechte nach einem anderen Merkmale gesucht, aus dem er auf eine volle Heilung schliefst; er erblickt dieses Charakteristikum in dem Vorhandensein oder Fehlen von Leukocyten in den Sekreten und betont, dafs bei permanentem Vorhandensein von Leukocyten in dem Sekret, selbst wenn noch so oft keine Gonokokken gefunden wurden, die Anwesenheit von Gonokokken supponiert werden mufs. Bei reiner Epitheldesquamation, gleichgiltig ob in dem Sekret Bakterien sind oder nicht, betrachtet er den Fall als geheilt und im Sinne einer Gonorrhoe als nicht infektionsfähig. Das gleiche gilt nach Lewen für die Urethralfäden; wenn sie ganz oder zum Teil aus Leukocyten bestehen, so verweigert er den Ehekonsens und gewährt ihn nur, wenn die Fäden nur aus Epithel bestehen.

Mit der Forderung, dafs die Gonorrhoe so lange als nicht geheilt angesehen werden mufs, als noch Leukocytenfäden im Urin vorhanden sind, kann man sich ganz einverstanden erklären, trotzdem die Richtigkeit der

---

[5] Über die Häufigkeit des Vorkommens von Urethralfäden. *Dtsch. Archiv f. klin. Med.* 1899. Bd. 66, S. 618.

[6] Neue Erfahrungen und Beobachtungen über die Gonorrhoebehandlung. *Monatsb. üb. d. Gesamtl. a. d. Geb. d. Krankh. d. Harn- u. Sexualapp.* 1900. V, S. 405.

[7] A further study of the biology of the Gonococcus. *Med. Record.* Dez. 1896.

[8] Zur Histologie des gonorrhoischen Eiters. *Archiv f. Derm. u. Syph.* 1896. Bd. 34, S. 193.

[9] Beiträge zur Biologie des Gonococcus. *Archiv f. Derm. u. Syph.* 1899. Bd. 49, S. 5.

[10] Wann können wir die Gonorrhoe als geheilt ansehen? *Archiv f. Derm. u. Syph.* 1901. Bd. 55, S. 33.

von Scholtz[11] dagegen angeführten Bemerkungen anzuerkennen ist; denn gewifs findet man bei sehr vielen nicht gonorrhoisch kranken Leuten leukocytenhaltige Fäden im Urin, wie aus Brausers Statistik hervorgeht, der unter 300 nicht geschlechtskranken Patienten der medizinischen Klinik in München in mehr als 50% leukocytenhaltige Filamente und in 28% Schleim- und Epithelflocken ohne oder nur mit geringer Leukocytenbeimengung fand. Es handelt sich aber hier nicht darum, überall dort, wo leukocytenhaltige Filamente vorhanden sind, das Vorhandensein von Gonokokken anzunehmen, sondern diese Schlufsfolgerung ausschliefslich bei der Untersuchung des Urins von Gonorrhoikern zu ziehen.

Andererseits hat Legrain[12] auf die interessante Beobachtung aufmerksam gemacht, dafs bei der chronischen Gonorrhoe die Gonokokken sich weniger in den Leukocyten als in den Epithelzellen finden und dafs auch bei einer Exacerbation des Prozesses keine Gonokken in den Leukocyten gefunden werden, während sie in den Epithelzellen liegen. Diese Beobachtung, die auch von Finger bestätigt wurde, müfste Lewen veranlassen, auch bei dem Vorhandensein von Epithelfäden die Gonorrhoe als nicht geheilt anzusehen, und Wossidlo[13] hat wohl Recht, wenn er die Beseitigung aller Fäden für die Erteilung der Heiratserlaubnis für notwendig hält.

Die eingangs angeführte Arbeit von Fürbringer, welche in ausführlicher Weise die Urethralfäden und ihre diagnostische Bedeutung behandelt, ist leider zu kurze Zeit nach der Entdeckung des Gonococcus entstanden, als dafs in dieser Untersuchung die Frage nach dem Vorhandensein von Gonokokken hätte mehr als gestreift werden können.

Die Bestrebungen der Autoren nach Fürbringer waren darauf gerichtet, das Verhältnis der Gonokokken zu den Urethralfäden klarzustellen, und die heutige Meinung geht dahin, dafs es bei chronischen Gonorrhoen durch künstliche Provokation gelingt, gonokokkenhaltige Filamente zu erhalten. Aber auch da gelingt es nur bei wiederholter Untersuchung Gonokokken aufzufinden; Neuberger[14] rät, besonderes Gewicht auf die Untersuchung der kleinen kommaförmigen Flöckchen zu legen.

Viel wichtiger als die künstliche Reizung mittels chemischer Mittel

---

[11] Welche Gesichtspunkte sind bei der Beurteilung der Infektiosität chronischer postgonorrhoischer Urethritiden mafsgebend? *Archiv f. Derm. u. Syph.* 1901. Bd. 56, S. 233.

[12] Recherches sur les rapports qu'affecte le gonocoque avec les éléments du pus blennorrhagique. *Arch. de physiol.* 1887. X, S. 233.

[13] Die Bedeutung des Gonococcus für die Therapie der chronischen Gonorrhoe. *Dtsch. med. Wochenschr.* 1900. No. 48. Therap. Beil. S. 41.

[14] Über Filamentuntersuchungen bei chronischer Gonorrhoe. Sechster Kongrefs der deutschen dermatologischen Gesellschaft. Strafsburg 1898. — Gonorrhoe und Ehekonsens. *Wiener klin. Rundschau.* 1899. No. 50.

ist die mechanische Expression. Finger und Wossidlo haben nach Dilatationen in Fällen, die lange Zeit gonokokkenfrei waren, plötzlich ohne jede weitere Veranlassung Gonokokken in Menge auftreten gesehen, und zweifellos sieht man nach Einleitung einer Dehnungsbehandlung mit Sonden und Dilatatoren häufig reichlicher Filamente auftreten. Weiterhin kommt hier die Expression der Prostata in Betracht, da v. Frisch[15] auf die Häufigkeit des Gonokokkenbefundes im exprimierten Prostatasekret bei gleichzeitigem negativen Gonokokkenbefund in der Harnröhre hingewiesen hat, und endlich hat v. Crippa[16] gezeigt, dafs man durch Massage auf dem Bougie aus den Littréschen Drüsen reichlich gonokokkenhaltiges Material erhalten kann.

Hier möge noch eine weitere Methode zur Gewinnung von gonokokkenhaltigem Material empfohlen sein, welche in vielen Fällen gute Dienste leistet. Man führt einen weiblichen Glaskatheter in die Urethra ein, aspiriert aus den in der Schleimhaut liegenden Taschen und Drüsen die darin liegenden Eiterpfröpfe und vermag auf diese Weise die ganze Harnröhre abzutasten. In sehr vielen Fällen von chronischer Urethritis ist man nach der Entleerung des Urins und auch nach der Crippaschen Massage noch durch die Aspiration im stande, aus verschiedenen Stellen der Harnröhre Eitermaterial hervorzubringen, welches beim Umherschwenken des Katheters im Harn oder in Wasser als Filament erscheint.

Ein solches frisch durch Expression oder Aspiration gewonnenes Material oder frisch aus dem eben gelassenen Harn aufgefangene Urethralfäden sind nun leicht auf Gonokokken zu färben. Anders aber ist es, im Harn, der bereits einige Zeit steht, den Gonokokkennachweis zu führen. Man kann sich nun davon überzeugen, dafs der Gonokokkennachweis um so schwerer wird, je länger der Harn steht; man teile einen filamentreichen Harn oder, um die Sache noch prägnanter zu machen, einen trüben Harn von einer akuten Urethritis anterior in mehrere Portionen; die erste Portion wird sofort centrifugiert, im Leukocytensediment gelingt der Nachweis reichlicher Gonokokken, die anderen Portionen werden in verschiedenen Zwischenräumen untersucht; der nach acht Stunden untersuchte Urin zeigt schon viel weniger Gonokokken, und in dem nach zwanzig Stunden untersuchten Urin gelingt der Gonokokkennachweis überhaupt nicht mehr.

Um sich von der zerstörenden Wirkung zu überzeugen, welche der Harn auf die Gonokokken ausübt, kann man auch auf Objektträger gestrichenen Gonokokkeneiter auf einige Stunden in normalen Urin hinein-

---

[15] Krankheiten der Prostata. *Nothnagels spec. Pathol. u. Therapie.* XIX. Bd., II. Hälfte, S. 59.

[16] Über das Vorkommen von Gonokokken im Sekrete der Urethraldrüsen. *Wiener med. Presse.* 1894. XXXV, S. 1001.

legen; hat man mehrere Objektträger in den Urin eingebracht, so kann man bei der von sechs zu sechs Stunden vorgenommenen Untersuchung die Abnahme der Färbbarkeit der Gonokokken verfolgen. Du Mesnil[17] sah ebenfalls beim Einbringen von Gonorrhoeeiter in sterilen Urin die Gonokokken an Zahl und Färbbarkeit abnehmen; auch Gonokokkenkulturen zeigen dem Urin gegenüber dasselbe Verhalten; wurden lebensfähige Kulturen auf Blutserum mit Harn übergossen, so wurde die Färbbarkeit der Gonokokken sehr gering.

Dies mufs um so mehr auffallen, als sonst bekannt ist, dafs sich die Färbbarkeit der Gonokokken sehr lange erhält. So hat sich Ipsen, wie aus Krattens Mitteilung[18] hervorgeht, überzeugen können, dafs Gonokokkeneiter, der an Wäsche angetrocknet war, noch nach Monaten, ja selbst nach einem Jahre die Form und Färbbarkeit der Gonokokken unverändert zeigt.

An der raschen Abnahme der Gonokokkenfärbbarkeit im Urin und an dem raschen Zerfall der Urethralfäden änderte der Zusatz von Chloroform oder von Thymol nichts; nur der Formalinzusatz schützt die Urethralfäden vor dem Zerfalle und erhält die Gonokokken in ihrer Färbbarkeit; auch Pezzoli hat sich mit gutem Erfolge des Formalins bedient. Doch hat der Formalinzusatz zum Urin eine sehr unangenehme Nebenwirkung, indem das Formalin mit Harnstoff und mit Harnsäure krystallisierte Verbindungen eingeht, welche die Untersuchung wesentlich stören, umsomehr als sie auch Methylenblau mehr oder weniger annehmen.

Viel besser ist es, den Urin in eine Formalinatmosphäre zu bringen, indem man ihn unter eine Glasglocke stellt, deren Boden mit einem in 4%iges Formalin getauchten Filtrierpapier bedeckt ist, und in der neben dem Uringlas ein offenes Formalinfläschchen steht. Eine ähnliche Methode hat bekanntlich Hauser[19] zur Konservierung von Bakterienkulturen verwendet.

Unter der Wirkung von Formalindämpfen erhalten sich die Urethralfäden lange Zeit, und die Gonokokken in ihnen bleiben anfärbbar. Will man das so fixierte Material noch weiter konservieren, so gieſst man den Urin vom Sediment ab und übergieſst dieses mit Alkohol; nach nochmaligem Sedimentieren und Abgieſsen der Flüssigkeit wird das Sediment unter Alkohol aufbewahrt.

Diese Beobachtung, dafs das Formalin nicht bloſs die Färbbarkeit

---

[17] Über die sogenannte gonorrhoische Blasenentzündung. *Virchows Archiv.* 1891. Bd. 126, S. 456.

[18] Über Formbeständigkeit und Virulenzdauer der Gonokokken. *Centralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenkunde.* 1894. XVI, S. 251.

[19] Über Verwendung des Formalins zur Konservierung von Bakterienkulturen. *Münch. med. Wochenschr.* 1897. S. 567.

der Gonokokken, sondern auch die Urethralfäden selbst erhält, liefs annehmen, dafs die zerstörende Wirkung des Harns weniger den Harnsalzen, unter denen nach RICHTER besonders den sauren Phosphaten eine bakterientötende Wirkung zukommt (*Achiv f. Hygiene* XII, 1890, S. 61), als einem Ferment zuzuschreiben sei, und mit Rücksicht auf die von FÜRBRINGER festgestellte fibrinartige Eiweifsnatur der Grundsubstanz in den Fäden mufste es ein Verdauungsferment sein. In der That hat auch ARTHUR KLEIN bei seinen Fällen von Fibrinurie[20] beobachtet, dafs die Gerinnsel beim Stehen des Urins verschwinden, und hat diesen Vorgang als eine Selbstverdauung unter dem Einflusse der im Harn vorhandenen Verdauungsfermente aufgefafst.

KLEIN teilt mit, dafs die bei seinen Fällen von Fibrinurie ausgeschiedenen Gerinnsel sich in Chloroformwasser nicht erhalten lassen, und bringt dies in Analogie mit einer Beobachtung von FREUND, dafs sich Fibrin in Chloroformwasser nicht aufbewahren lasse, sondern sich darin auflöse. Damit stimmt die oben angeführte Beobachtung, dafs der Chloroformzusatz zum Urin die Zerstörung der Urethralfäden nicht hintanzuhalten vermag.

Lag es nun nahe, auch bezüglich der Urethralfäden an eine Wirkung der Verdauungsfermente zu denken, so fiel doch der ad hoc mit künstlichem Magensaft angestellte Verdauungsversuch von Gonorrhoeeiter nicht zu Gunsten unserer Annahme aus. Das Protoplasma der Leukocyten verschwindet, die Kerne bleiben aber erhalten, um sie herum zeigen sich in der gewohnten charakteristischen Anordnung die Gonokokken.

Bei der Pankreatinverdauung aber leisteten die Gonokokken keinen Widerstand; die mit Gonorrhoeeiter beschickten Objektträger liefsen nach mehrstündiger Einwirkung von wirksamem Pankreasextrakt keine Gonokokken mehr färben.

Man könnte daraus wohl mit Recht schliefsen, dafs das im Harn vorhandene Trypsin, dessen Ausscheidung von GEHRIG[21] nachgewiesen wurde, an der Zerstörung der Gonokokken Schuld trage. Zwar sind die Angaben von GEHRIG von anderen Autoren, wie LEO,[22] HOFFMANN[23] und STADELMANN[24] bestritten worden, und nach NEUMEISTER[25]

---

[20] Zur Kenntnis der Ausscheidung von Fibrin und fibrinartigen Gerinnseln. *Wien. klin. Wochenschr.* 1896. S. 701.

[21] Über Fermente im Harn. *Pflügers Archiv.* 1886. Bd. 38, S. 38.

[22] Zur Frage der Trypsinausscheidung durch den Harn. *Pflügers Archiv.* Bd. 39, S. 246.

[23] Über das Schicksal einiger Fermente im Organismus. *Pflügers Archiv.* Bd. 41, S. 148.

[24] Über Fermente im normalen Harn. *Zeitschr. f. Biol.* Bd. 24, S. 226.

[25] Lehrbuch der physiologischen Chemie. 2. Aufl. 1897. S. 135.

wird das Trypsin schon in der Harnblase zerstört; BENDERSKY[26] und TASULLI[27] aber konnten konstant ein tryptisches Ferment im Urin nachweisen. Mit unserer Anschauung, dafs die Zerstörung der Gonokokken im Urin durch eine Art Verdauung zu stande kommt, läfst sich eine Mitteilung von HOFFMANN in Übereinstimmung bringen, dafs ein Hund mit Cystitis eine lebhafte Trypsinausscheidung im Urin zeigte, während sonst der Urin normaler Hunde kein Trypsin nachweisen läfst. Damit würde die Beobachtung erklärt sein, dafs man bei gonorrhoischer Cystitis nur selten Gonokokken nachzuweisen vermag, so dafs viele Autoren die Behauptung aufstellen konnten, dafs die im Laufe einer Gonorrhoe aufgetretene Cystitis gar nicht dem Gonococcus, sondern einer Sekundärinfektion zuzuschreiben sei.

Hier sei nur noch bemerkt, dafs das Formalin, wie ad hoc angestellte Versuche lehren, thatsächlich die Pankreatinverdauung zu hindern vermag.

Andererseits ist zu bemerken, dafs das Aufkochen des Urins, welches die Verdauungsfermente zerstört, zwar die Urethralfäden längere Zeit erhält als sie in dem nicht aufgekochten Harn bestehen bleiben, aber auf die Färbbarkeit der Gonokokken habe ich vom Aufkochen des Harns keinen Einfluſs gesehen. Dies schwächt aber unsere Annahme einer Trypsineinwirkung keineswegs ab, da nach den Feststellungen von BENDERSKY die verdauende Substanz des Urins auch durch längeres Kochen nicht zerstört wird.

Wiederholentlich gelang es mir auch, durch Hinzufügung einiger Tropfen von Karbolfuchsin zum Urin die Gonokokken in ihrer Färbbarkeit zu erhalten; nicht etwa, dafs sie sich beim Stehen des Urins mit Karbolfuchsin gefärbt hätten, aber bei einer nachträglichen Färbung der aufgefangenen Fäden mit Karbolfuchsin zeigten sich die Gonokokken färbbar, während sie in dem Sedimente aus dem zur Kontrolle ohne Karbolfuchsin stehenden Urin keine Farbe annahmen.

Mit Rücksicht auf die interessante Mitteilung von UHMA,[28] der auf die intravitale Färbung der Gonokokken mit Neutralrot hinwies, habe ich auch Neutralrot dem Urin zugesetzt, aber dabei kein gutes Resultat gesehen. Dagegen hat sich Neutralrot als ausgezeichnetes Färbungsmittel für das formalinisierte Sediment erwiesen, während die sonst gebrauchten Methylenblaulösungen für das mit Formalindämpfen behandelte Sediment unzweckmäfsig sind. Will man durchaus eine Mythylenblaufärbung haben,

---

[26] Über die Ausscheidung der Verdauungsfermente aus dem Organismus. *Virchows Archiv.* 1890. Bd. 121, S. 553.

[27] *Malys Jahresberichte für Thierchemie.* 1894. S. 289.

[28] Schnellfärbung des NEISSERschen Diplococcus in frischen nicht fixierten Präparaten. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1899. Bd. 50, S. 241.

so verwende man das polychrome Methylenblau mit nachfolgender Entfärbung durch Glycerinäthermischung.

Noch auf eine andere Weise gelingt es übrigens, die Urethralfäden und die Gonokokken etwas länger zu erhalten; giebt man dem Kranken Methylenblau innerlich, so scheinen in dem grünen Urin die Urethralfäden persistenter zu sein. Zu einer Färbung der Filamente im Farbstoffe des Urins kommt es aber nicht.

Manchmal erweist sich bei der Untersuchung des Urins auf Filamente ein kleiner Kunstgriff von Nutzen. Bekannt ist die Methode, durch Injektion einer Farbstofflösung (SCHAEFFER[29]) in den vorderen Abschnitt der Harnröhre die daher stammenden Filamente blau zu färben, während die nicht blau gefärbten der Pars posterior zugehören. Durch Injektion einer Neutralrotlösung in die Pars posterior kann man nun die von hierher kommenden Eiterpartikelchen rot färben, so dafs man unter Umständen rote Partikelchen aus der hinteren Partie und blaue Partikelchen aus der vorderen Partie der Harnröhre nebeneinander sehen kann.

Die innerhalb der Harnröhre gefärbten Filamente werden zunächst unfixiert unter das Mikroskop gebracht; darauf werden sie fixiert und mit dem entsprechenden Farbstoffe nachbehandelt; für die mit Methylenblau gefärbten Filamente erweisen sich das polychrome Methylenblau und Glycerinäthermischung, für die roten Fäden eine stärkere Neutralrotlösung als zweckmäfsig.

Über die Verhältnisse des tryptischen Enzyms im Urin bei Blaseninfektionen werde ich andernorts berichten.

---

[29] Zur Diagnose der Urethritis posterior. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1894. Bd. 29, S. 391.

Aus der dermatologisch-syphilitischen Abteilung des St. Lazarus-Hospitals und dem histologisch-bakteriologischen Institute des Prof. Nowak in Krakau.

Die histologischen Merkmale der syphilitischen Exantheme im Vergleich mit den klinisch ähnlichen Dermatosen.

(Übersetzung einer in den Verhandlungen der Akademie der Wissenschaft zu Krakau publizierten Arbeit.)

Von

Dr. Franz Krzyształowicz.

Mit Tafel I—III.

(Fortsetzung und Schluſs.)

Das breite Kondylom (Condyloma latum).

Es unterliegt keinem Zweifel, daſs das breite Kondylom eine durch die Lokalisationsbedingungen umgestaltete Papel ist. Abhängig von der Dauer und den lokalen Verhältnissen kann eine Papel sich vergröſsern; auf der anfangs glatten Oberfläche können sich leicht mehr oder weniger ausgedehnte und tiefe Geschwüre ausbilden. Schon aus diesem klinischen Bilde zu schlieſsen, ist das Kondylom die Folgeerscheinung von äuſseren, lokalen Komplikationen, nicht aber der Ausdruck der Einwirkung des syphilitischen Giftes. Dafür spricht schon ihre regelmäſsige Lokalisation an Stellen, die dem fortwährendem Reize ausgesetzt sind. Anatomisch findet diese Behauptung auch ihre Bestätigung. Das eigentliche über die Hautoberfläche hervorragende Knötchen stellt auf dem Querschnitt ein aus gröberen und feineren Epithelstreifen gebildetes Netz dar, dessen Maschen frei sind. Man sieht also eine ungeheure Wucherung der Epidermis und zwar der Stachelzellen (Acanthosis). In der Peripherie gehen die normalen Epithelschichten, deren Körnerschicht sehr oft beträchtlich entwickelt ist, in die hypertrophischen Schichten über, die mit länglich runden Zotten in der eigentlichen Haut endigen.

Unter dem aus hypertrophischer Epidermis gebildeten Knötchen stellt sich das Bild der syphilitischen Papel dar: also die aus wohl entwickelten Plasmazellen und hypertrophischen Bindegewebszellen zusammengesetzten Infiltrate um die Blutgefäſse herum und die bedeutend erweiterten Lymphgefäſse. Diese letztere Erscheinung findet man auch in den Räumen zwischen den Epithelstreifen nebst den in der Gefäſswandung angehäuften Plasmazellen und einer groſsen Anzahl von hypertrophischen Bindegewebszellen. Hier kann man in der Nähe der Epidermis auch ziemlich reichliche Mastzellen sehen.

Die Epithelzellen weichen in manchen Beziehungen vom Normalen ab. In einzelnen Gruppen sieht man neben grofsen, gut entwickelten, auch schmale, platte, gedrückte Zellen, neben vollen sich gut färbenden auch solche, deren Protoplasma schon entartet ist, endlich sieht man viele Mitosen. Die Intercellularräume sind im unteren Teile normal, gegen oben zu in den der Oberfläche näher liegenden Schichten erweitert und hier und da besonders an der Oberfläche mit Leukocyten gefüllt. Die Oberfläche des Knötchens bedeckt ein Schorf, in welchem man Überreste von nicht ganz verhornten Zellen, reichliche Leukocyten, geronnenes Serum sehen kann, aufserdem eine grofse Menge Mikroorganismen, unter welchen am häufigsten der Staphylococcus zu erkennen ist.

Das eben geschilderte Bild läfst sich leicht als Folge der Einwirkung des syphilitischen Giftes erklären. Unter der Einwirkung dieses Giftes entsteht nämlich ein Knötchen, auf dessen Oberfläche die äufseren Bedingungen, der fortwährende Reiz, die Erweichung der Epidermis und endlich die Mikroorganismen, eine Verdickung des Epithels hervorrufen, wie sie gewöhnlich als Reaktion auf äufsere Einflüsse aufzutreten pflegt.

Die Epidermis, in welcher sich Mikroorganismen eingesiedelt haben, schützt auf diese Weise — ihrer Aufgabe und Bedeutung für den Organismus entsprechend — die tiefer liegenden Schichten, wie auch die eigentliche Haut vor dem Eindringen der Mikroorganismen in dieselben; sie bildet somit unter der infizierten Stelle immer neue Schichten, mit anderen Worten, sie wehrt sich gegen die Schädlichkeiten durch gesteigerte Vermehrungsfunktion, welche fortwährend auch im normalen Zustande im kleineren Mafse stattfindet.

Da die Einwirkung des Giftes eine dauernde ist, so ist auch dementsprechend der Grad der Zellvermehrung. Aus diesen gewucherten Zellen entstehen die oben erwähnten Streifen, welche tief in die Haut hineinragen, die ursprünglichen Papillen zerteilen und auf dieselben einen Druck ausüben. Durch diese intensive Funktionssteigerung gelingt es auch der Epidermis die eigentliche Haut vor anderweitigen Infektionen zu schützen, denn wir finden in letzterer aufser der durch das syphilitische Gift hervorgerufenen Infiltration sonst keine anderen Veränderungen. Die Erweiterung der Lymphgefäfse wird durch den Druck des Epithelknötchens erklärt.

Bei noch längerem Einwirken der Infektion tritt aufserdem noch ein neuer Faktor, ein zweites Wehrmittel auf, nämlich die Leukocyten, die den Kampf mit den Mikroorganismen aufnehmen. So sehen wir auch gewöhnlich die oberen Schichten von diesen Gebilden durchtränkt, darum bilden sie nebst der nekrotischen Epidermis den Hauptbestandteil des Schorfes und aus demselben Grunde kommen hier und da in den oberflächlichen Schichten Abscesse vor.

So scheint also das mikroskopische Bild vollkommen das klarzulegen, was am Anfange dieses Kapitels hervorgehoben wurde, dafs nämlich nicht durch das syphilitische Gift, sondern durch die von aufsen hinzugetretenen Mikroorganismen jene Modifikation des Epithels herbeigeführt werden.

An denselben Stellen, an welchen wir die erwähnten Veränderungen so oft sehen (Innenseite des Oberschenkels) kann man auch eine jener klinisch sehr ähnliche Erkrankung beobachten, nämlich das Epithelioma contagiosum. Doch sind die anatomischen Unterschiede bedeutend, dafs die mikroskopische Untersuchung gar keinen Irrtum zuläfst. Diese Krankheit wurde von den älteren Autoren, sowohl Pathologen (Virchow, Rindfleisch, Biesiadecki, Renault), wie auch Dermatologen (F. Hebra, Fox, Hutchinson, Zeissl, Leloir) als eine von der Talgdrüse ausgehende Neubildung angesehen, von den neueren halten noch daran Kaposi und Gaucher. Die Mehrheit der Autoren fafst bereits das Molluscum als auf infektiösem Boden entstandene Degeneration der Epidermis auf, nur wenige (Bollinger, Darier, Vidal, Leloir, Neisser) stimmen Retzius und Klebs bei, welche den Gregarinen nahe stehende Parasiten gefunden haben wollen.

Das Knötchen selbst besteht gröfstenteils aus Epithelzellen und man hat den Eindruck, dafs die Epidermis an einer Stelle wuchert und von dieser Stelle aus kurze Streifen dieser gewucherten Epidermis in radiärer Anordnung in das Hautgewebe laufen, so dafs sie wie blumenkohlartige Auswüchse aussehen, die in die Haut heineinragen und an einem schmalen Stengel gegen oben gefestigt wird, wo sie die Epidermis emporheben. Dieser Stengel ist die Fortsetzung der die Oberfläche des Knötchens bildenden Epidermis; aufser dem epithelialen Gebilde aber enthält das Knötchen eine geringe Menge von Kollagen und elastischen Fasern, wenige kleine Blutgefäfse und Bindegewebszellen — ganz wie die eigentliche Haut. Die das Knötchen bedeckende Epidermis ist normal, die Papillen sind etwas niedriger, so dafs die Epidermis über dem Knötchen gespannt zu sein scheint. Die einzelnen Epithelstreifen des obigen Gebildes, das wirklich einem Epitheliom ähnlich sieht, liegen zwar ziemlich hart neben einander, doch nicht so, dafs nicht etwas Platz für das Bindegewebe und Kollagen bliebe, und aufserdem bildet noch das Kollagen um das ganze Gebilde eine ziemlich derbe Hülle, wodurch die Zellengruppen gegen die Umgebung scharf abgegrenzt erscheinen.

Die Epithelleisten enthalten alle Schichten, wie im normalen Zustande und gehen oben in eine starke Hornschicht über, deren Zellen nicht wie gewöhnlich platt sind, sondern ovale Gebilde darstellen mit eingeschlossenen eiförmigen Körpern, welche die Einen für Parasiten halten, Andere aber — und, wie ich glaube, vollständig richtig — als Ausdruck der hyalinen oder kolloiden Degeneration auffassen, wie sich dieselbe mittels entsprechender

Farbenreaktion leicht nachweisen läfst. Dieser Entartung verfallen auch viele Stachelzellen, doch nur die älteren und der Oberfläche näher liegenden.

Aus diesem Bilde ist leicht zu ersehen, welche Grundunterschiede diese beiden Krankheitsformen bieten: das breite Kondylom stellt eine ausgedehnte, tief in die infiltrierte Haut reichende Epithelwucherung dar, mit den durch die Einwirkung von Mikroorganismen hervorgerufenen Schädigungen, aber ohne jede Degeneratien; — das Epitheliom dagegen ist eine auf einen kleinen Raum beschränkte und in die normale Haut hineinwachsende Neubildung der Epidermis, die später degeneriert.

Die klinisch ähnlichen und auf den Genitalien so oft vorkommenden spitzen Kondylome bieten auf den ersten Blick auch mikroskopisch ein den breiten ähnliches Bild. Im Anfangsstadium sieht man nämlich eine kissenartige Erhebung der Epidermis über die Hautoberfläche, unter welcher die Haut angeschwollen, die Blut- und Lymphgefäfse erweitert sind. Das ganze ist einer gewöhnlichen Verruca ähnlich. Bald beginnt die Epidermis immer stärker zu wuchern, es werden in derselben zahlreiche Mitosen sichtbar, die Zellen werden bedeutend gröfser, die Lymphspalten erweitern sich und die Intercellularbrücken treten sehr deutlich hervor. Alles das spricht für eine nach vielen Richtungen hin und an vielen Stellen vor sich gehenden Akanthose, neben normaler Verhornung bei vermehrter Körnerschicht. Die sich vermehrende Epidermis verteilt die ursprünglichen Papillen in immer kleinere und zahlreichere. Im Bindegewebe sieht man zahlreiche Spindelzellen und Eiterzellen, welche auch zwischen die Epithelzellen hineingelangen. In den nicht selten sehr erweiterten Gefäfsen sieht man eine Menge Fibrin. Endlich drängt sich die Hornschicht, welche die über die Hautoberfläche hinauswuchernde Epidermis bedeckt, in dieselbe hinein und bildet jene charakteristische blumenkohlähnliche Form, welche diese beiden Arten von Kondylomen so genau unterscheiden lässt, — wenn man noch die Infiltration der syphilitischen Kondylome berücksichtigt, welche die spitzen vermissen.

Das psoriasiforme Syphilid (S. papulosa psoriasiformis).

Eine anatomische Beschreibung dieser klinisch wohl bekannten Form konnte ich nirgends finden. Und doch ist dies von grosser Wichtigkeit, denn die Diagnose ist, wie schon erwähnt, bei dieser Form wegen ihrer Ähnlichkeit mit der Psoriasis vulgaris schwieriger, als bei den anderen Formen. Unna beschreibt zwar unter den gemischten papulösen Formen auch eine mit einer Kruste bedeckte Form (das papulo-crustöse Syphilid), doch ist es eine Papelform feucht an der Oberfläche, so dafs sich eine Kruste ausbildet, während bei den psoriatischen Formen nur von Schuppen die Rede sein kann, die den Schuppen der Psoriasis täuschend ähnlich sein können.

Das Mikroskop zeigt dieselbe Infiltration, wie bei der glatten Papel, nur ist sie gewöhnlich schwächer und ausgedehnter, — daher ist das klinische Bild der syphilitisch-psoriatischen Infiltration ein mehr diffuses ohne bestimmte Grenzen gegen umgebende Haut. Die eigentliche Haut bietet also das Bild einer gewöhnlichen syphilitischen Papel, wie sie beschrieben wurde. Dagegen die Veränderungen, welche diese Form charakterisieren, liegen in der Epidermis. Hier sieht man die Stachelschicht verdickt, die Epithelstreifen tiefer in die Haut hinabreichend und über den etwas geschwollenen Papillen die Epidermis verschmälert (Acanthosis); die Hornschicht liegt unmittelbar auf der Stachelschicht, die Körnerschicht fehlt fast ganz, hie und da sind noch Überreste ihrer Zellen zu finden, dabei sind die oberen Lagen nicht ganz verhornt, denn sie haben noch ihre Kerne beibehalten (Parakeratosis). Zwischen den einzelnen nicht vollständig verhornten Lagen kann man stellenweise kleine Abscesse sehen mit einem geringen Gehalt von Leukocyten, die man wenn auch selten in den Intercellularspalten anderer Epidermisschichten finden kann.

Es ist also aus diesem Bilde leicht zu entnehmen, welche Ähnlichkeit eine syphilitische psoriasis-ähnliche Papel mit einer Papel der Psoriasis vulgaris haben kann. Diese letztere unterscheidet sich mikroskopisch vor allem dadurch, dafs ihr die Infiltration fehlt, wie wir sie in der syphilitischen Papel sehen, obwohl um die Gefäfse herum ein aus Bindegewebszellen zusammengesetzter Mantel sich befindet. Die Veränderungen der Epidermis unterscheiden sich nur durch den Entwickelungsgrad. Bei der Psoriasis nämlich ist die Verdichtung der Epidermis bedeutender, ihre Streifen dicker, die Papillen schmäler, unten mehr komprimiert, am Gipfel hyperämisch. Die zahlreichen nicht ganz verhornten Lagen bilden in derselben Weise eine Bedeckung für die Psoriasispapel.

Alle syphilitischen Papeln, die ich zu untersuchen Gelegenheit hatte, wiesen in den Epidermisschichten gewisse, wenn auch blofs auf die Erweiterung der Intercellularspalten beschränkte Abnormitäten auf, was für Ödem dieser Schichten sprechen würde. Die um die Gefäfse sich entwickelnde Infiltration kann nicht ohne Einfluſs auf die Umgebung bleiben, so erklärt sich, dafs in grofsen Papeln die Epithelleisten komprimiert, die Epithelzellen schmal, wenig entwickelt und die Verhornung unvollständig gefunden werden.

Man könnte somit vermuten, dafs, je gröfser, je entwickelter die Infiltration, besonders in den Papillen, desto gröfser und ausgesprochener auch parallel laufend die Veränderungen der Epidermis sein würden, dafs also die der Psoriasis ähnlichen Symptome nur bei grofsen Papeln sich entwickeln müfsten. Das ist aber nicht der Fall. Die mikroskopischen Untersuchungen beweisen, dafs diese zwei Prozesse in der Haut und in

der Epidermis nicht in dem Grade voneinander abhängig sind. In den psoriasisähnlichen Papeln fand ich mikroskopisch kleine, schwach entwickelte Infiltrate, während die Epidermis bedeutende Veränderungen zeigte, wie sie bei Seborrhoe, chronischem Ekzem und Psoriasis gefunden werden. Daraus mufs also gefolgert werden, dafs nicht die sich entwickelnde Infiltration allein solche Veränderungsformen hervorzurufen vermag, sondern, dafs vielmehr in der Epidermis selbst gewisse zu solchen Veränderungen prädisponierende Bedingungen existieren müssen und das syphilitische Gift nur als letztes veranlassendes Moment aufzufassen ist.

Eine dritte umfassende, auf der Haut auftretende syphilitische Ausschlagsform bilden die Bläschen- und Pustelformen, die wegen ihrer Ähnlichkeit mit bekannten Krankheitstypen nach diesen auch bezeichnet wurden, und zwar:

1. Acne syphilitica nennt man die der Akne klinisch ähnlichen kleinen Pusteln.

2. Die gröfseren pockenähnlichen Pusteln nennt man Varicella syphilitica von S. pustulosa varioliformis.

3. Wenn das Bläschen sehr grofs ist, oberflächlich liegt, mehr serös als eiterig ist, rasch vertrocknet und eine gelbe Kruste bildet, so spricht man von einer Impetigo syphilitica.

4. Ist die Kruste dick, erhaben, die umgebenden Gewebe infiltriert, die unter der Kruste gelegenen Gewebe teilweise zerstört, so nennen wir diese Form: Ecthyma syphiliticum.

5. Endlich kann die Kruste sehr dick, deutlich aus einigen Schichten zusammengesetzt sein, die unter ihm liegenden Gewebe können bedeutend infiltriert sein, so dafs nach Abnahme desselben ein tiefes Geschwür zurückbleibt. Diese Form nennt man: Rupia syphilitica.

Die zwei letzten Formen kommen nicht häufig vor, und zwar am häufigsten bei der sog. malignen Syphilis.

Acne syphilitica.

Das mikroskopische Bild dieser der Acne vulgaris ähnlichen Form stellt eine um den Follikel gebildete Pustel dar und unterscheidet sich durch nichts von dem Bilde der Impetigo Bockharts, welche immer durch Staphylokokken hervorgerufen wird. Es ist also ein auf der Hautoberfläche gelegenes, um das Haar herumgelagertes Bläschen, das mit einer mehr oder weniger dicken Hornschicht bedeckt und mit Leukocyten gefüllt ist, neben welchen, selten aufserhalb derselben, man Staphylokokken finden kann. Die an den Seiten dicke Epidermis wird gegen die Mitte zu immer dünner und an Schnitten, die durch die Mitte gehen, sieht man in dem Epithel ein Geschwür und die darunter gelegenen Gewebe von Leukocyten durchdrungen. Sowohl unter diesem Bläschen, wie auch in

seiner Umgebung in der Haut sind die Gefäfse erweitert und wie in einen Infiltrationsmantel gehüllt, wie dies schon bei anderen syphilitischen Veränderungen oben beschrieben wurde, nur mit dem Unterschiede, dafs in diesem Infiltrat die Plasmazellen oft nicht gut entwickelt, und die hypertrophischen Bindegewebszellen im Übergewicht sind; hie und da sind auch Leukocyten zu sehen. Die Infiltration überschreitet nach den Seiten weit die Grenzen des Bläschens und geht in die Tiefe bis zur Haarzwiebel hinab.

Dieses Bild erklärt uns deutlich die klinische Ähnlichkeit dieser Pustelform mit der Pustel der Impetigo BOCKHARTS und mit den Folliculitiden überhaupt und ich würde deshalb dieser Form statt der bisherigen Bezeichnung „Acne syphilitica", die Benennung „Folliculitis syphilitica" beilegen. Die Akne bietet nämlich spezifische Merkmale, welche ihre besondere Stellung rechtfertigen; anderen ähnlichen Affektionen dagegen, welche man als Aknearten gewöhnlich zu bezeichnen pflegt, wie z. B. Acne bromata, jodata, cadina, entspricht ebenfalls viel mehr die Benennung „Folliculitis".

Die gröfste Ähnlichkeit mit der obigen Veränderung zeigt die in letzter Zeit von SABOURAUD so klassisch untersuchte Impetigo BOCKHARTS, deren Ursache er auf mikroskopischem und bakteriologischem Wege festgesetzt hat. Als solche fand er nämlich stets Staphylokokken und zwar in allen Fällen, sogar in solchen, die durch äufsere Reize, wie Krotonöl, Quecksilberpflaster, Teer u. dergl. hervorgerufen wurden. Die beschriebene Pustel der Acne syphilitica unterscheidet sich in ihrer Struktur von der Pustel der Impetigo BOCKHARTS durch nichts mehr, als dadurch, dafs bei der letzteren Veränderung die eigentliche Haut keine Infiltrate um die Gefäfse enthält, was für die Syphilis spezifisch ist, und in diesem Falle ein unterscheidendes Moment bildet. Die Pustel selbst aber hat bei der Acne syphilitica keine besonderen Merkmale, was für eine Komplikation der Syphilis sprechen würde, ebenso wie man solche auch bei anderen syphilitischen Veränderungen annimmt, welche bekannten Krankheitstypen ähnlich aussehen.

Sowohl in diesem, wie in den vorigen Fällen, kann aber dem syphilitischen Gifte allein keine so maligne Wirkung zugeschrieben werden. Die Infiltration ist zwar ausgedehnt, aber nicht hochgradig, und die Pustel enthält Mikroorganismen. Daraus ist zu schliefsen, dafs schon vor dem Ausbruch der Syphilis gewisse Veränderungen in der Haut vorhanden sein mufsten, welche dann einerseits für die Wirkung des syphilitischen Giftes einen Locus minoris resistentiae bildeten, andererseits in der durch das syphilitische Gift verminderte Widerstandsfähigkeit der Haut günstige Bedingungen für ihre eigene Entwickelung fanden. Auf diese Weise konnten von zweierlei Infektion herrührende Veränderungen entstehen, von innen durch das syphilitische Gift, von aufsen durch Staphylokokken.

Varicella und Impetigo syphilitica.

Diese zwei Formen müssen im Zusammenhange beschrieben werden, da sie sich sogar klinisch sehr wenig voneinander unterscheiden. Die pockenähnliche Form stellt eine kleinere Pustel dar als die Impetigo, ihr Inhalt ist mehr eiterig, wovon auch das eigentümliche Aussehen der nach raschem Abtrocknen der Pustel gebildeten Kruste herrührt. Auch die Wand der pockenähnlichen Pustel scheint dicker zu sein, als bei der Impetigo, bei welcher es oft zum Bersten des Bläschens und Ausgufs des leicht gerinnenden Inhaltes kommt.

Anatomisch stellen beide Formen ein oberflächliches, unter der Hornschicht gelegenes, mehr oder weniger ausgedehntes Bläschen dar, dessen Inhalt Serum mit einer kleinen oder gröfseren Anzahl von Leukocyten bildet, was dem Bläschen seine Farbe verleiht. Es ist also das histologische Bild der sog. Impetigo contagiosa TILBURY FOX, welche von UNNA histologisch eingehend beschrieben und in jüngster Zeit von SABOURAUD bakteriologisch erklärt worden ist. Letzterer behauptet nämlich, dafs die ursprüngliche Infektion, welche die Blasenbildung veranlafst, immer durch Streptokokken geschieht, und die Staphylokokkeninfektion erst sekundär hinzutritt. Der Streptococcus ruft immer eine seröse Sekretion hervor mit wenigen Leukocyten, deren gröfsere Zahl erst durch den sich dann ansiedelnden Staphylococcus herbeigelockt wird. So kann man also, je nach der Dauer der Veränderung, entweder in einem Anfangsbläschen nur Streptokokken finden, was jedoch sehr selten vorkommt oder, was gewöhnlich der Fall ist, es lassen sich im Eiterbläschen auch Staphylokokken nachweisen. Einige Male gelang es mir dieses Leiden im Stadium der Anfangsbläschen zu untersuchen und da fand ich immer Streptokokken; in einem Falle waren neben diesen auch Staphylokokken und zwar am Gipfel des Bläschens; in anderen waren nur Staphylokokken, welche in das Bläschen sehr rasch einzudringen und den Krankheitsprozefs zu komplizieren scheinen. Bei den früher beschriebenen, durch die primäre Staphylokokkeninfektion entstandenen Pusteln, ist die Infektion rein, unkompliziert, da die Staphylokokken es nicht zuzulassen scheinen, dafs andere Mikroorganismen sich neben ihnen entwickeln.

Um auf die auf syphilitischem Boden entstandenen Veränderungen zurückzukommen, so ist noch zu bemerken, dafs der Grund des Bläschens in frischen Fällen eben, geradlinig und die ihn bildende Epidermis ödematös ist, die Intercellularspalten erweitert, in denselben spärliche Leukocyten enthalten sind. Bei grofsen, auf grofsen Papeln sitzenden Bläschen sieht man auch eine durch das seröse Exsudat hervorgerufene Lockerung der Epithelzellen, ferner die in der Epidermis sich bildende spongoïde Degeneration und endlich platte, komprimierte, schlecht entwickelte Zellen.

In der Haut findet man, wie bei allen syphilitischen Veränderungen, eine mehr oder weniger entwickelte Infiltration längs der Gefäfse. Dem Infiltrate ist hier, wie bei allen anderen pustulösen Formen eine Anzahl Leukocyten beigemengt, die auch in den umgebenden Geweben zu finden sind. Die Hautpapillen sind ödematös und nicht nur die Lymphgefäfse, sondern auch die Blutkapillaren erweitert, wodurch die Grenze zwischen ihnen und der Epidermis erweitert sind. Das Kollagen und die elastischen Fasern sind an den von der Infiltration freien Stellen gut erhalten. Endlich habe ich dem Gehalte der Bläschen an Mikroorganismen besondere Aufmerksamkeit geschenkt und in allen Fällen dieselben Verhältnisse wie bei ähnlichen, aber nicht syphilitischen Veränderungen (Impetigo) gefunden. So fand ich nämlich in Bläschen mit vorwiegend serösem Inhalte, wo also die Leukocyten nicht reichlich waren — Streptokokken, in anderen mit mehr eitrigem Inhalte — neben jenen auch Staphylokokken oder nur die letzteren.

Manche Bläschen, die klinisch zu den pockenähnlichen gezählt wurden, erwiesen sich bei der mikroskopischen Untersuchung als zu den oben beschriebenen akneähnlichen Formen angehörend, nur waren sie etwas gröfser und gewöhnlich tiefer.

Am nächsten dieser Form im klinischen Sinne stehen also die Variola und Varicellen. Die Pustel der letzteren ist multiculär und nach oben von der Hornschicht bedeckt. Von dieser Decke aus laufen Septen zum Bläschengrund, der von geschwollenen Stachelzellen gebildet wird. An diesen radiär verlaufenden Septen, die sich wie Fibrin färben, sieht man zahlreiche rundliche Stachelzellen; einige von diesen haben spärliches Protoplasma, andere sind aufgeblasen und besitzen mehrere Kerne (ballonierende Degeneration Unnas). Den Inhalt des Bläschens bilden aufser dem Fibrin, den erwähnten Zellen, den Epithelkernen, noch Überreste des zerfallenen Protoplasmas. Leukocyten giebt es sowohl hier, wie auch in den ödematösen Papillen sehr wenig; es besteht somit keine Tendenz zur Eiterung. In den seitlichen Blasenwänden kommt auch retikulierende Kolliquation (altération cavitaire Leloir) vor, welche für die Pockenpustel charakteristisch ist. So ist auch das mikroskopische Bild der letzteren sogar in den Anfangsstadien ein sehr verschiedenes. Zuerst entsteht ein Knötchen, welches auf der Ausbildung einer Anzahl von Bläschen beruht, die nicht zwischen sondern in den Epithelzellen liegen und durch die Zellenwände von einander getrennt sind. Die Unterschiede zwischen diesen beiden obwohl wahrscheinlich von einer und derselben Ursache herrührenden Degenerationsarten sind bedeutend und ihre Unterscheidung ist für die Kenntnis der Struktur verschiedener Bläschenarten von grofser Wichtigkeit. Bei der ballonierenden Degeneration ist das Zellenprotoplasma im ganzen ödematös wie mit Serum ge-

tränkt, die Zellen verlieren ihre Stachel und damit auch den Zusammenhang mit einander, das Protoplasma nimmt begierig saure Farbstoffe auf, der Kern dagegen bleibt normal, er teilt sich amitotisch und die entstandenen Kernhaufen dehnen den Zellenmantel aus, wodurch ungeheuer grofse Epithelzellen entstehen.

Bei der retikulierenden Kolliquation leistet der Zellenmantel der Degeneration länger Widerstand als das Protoplasma, welches infolge der in dasselbe transsudierten Flüssigkeit sich in ein Netz von losen, verschieden grofsen Maschen verwandelt. Der Kern vermehrt sich nicht mehr, er zerfällt allmählich, behält aber seine Farbenreaktion bei. Aus der verschiedenen Beschaffenheit dieser degenerierten Zellen erklärt sich auch ihr verschiedenes Verhalten. So werden also die bei der retikulierenden Degeneration noch im Zusammenhange bleibenden Zellen bei gesteigerter Exsudation sich der Länge nach ausdehnen und auf diese Weise vom Gipfel zum Boden des Bläschens laufende Zwischenräume bilden. Bei der ballonierenden Degeneration verlieren die Zellen den Zusammenhang mit einander und liegen im Bläschen frei, vom Exsudat umgeben. Diese beiden Degenerationen beruhen auf einer fibrinartigen Umwandelung der Zellen, welche nicht infolge der Giftwirkung, sondern des ursprünglichen Exsudates zu stande kommt, und die verschiedene Gestaltung der Zellen ist nach Unna auf ihre physikalischen Eigenschaften zurückzuführen: die älteren Zellen, deren Mantel von dem inneren Protoplasma mehr differenziert, verfallen der retikulierenden Degeneration, während die jüngeren Zellenleiber mit noch nicht differenziertem Protoplasma leicht im ganzen gleichmäfsig mit Serum getränkt werden und ballonierende Gebilde darstellen.

Ebenso ist die um die Gefäfse in ihrer Adventitia sich bildende, aus Plasmazellen bestehende Infiltration in diesem Stadium der Pocken charakteristisch und um so mehr bemerkenswert, da wir diese sonst nur in chronischen lange Zeit dauernden Fällen beobachten. Es ist also anzunehmen, dafs die Infiltration durch die starke Einwirkung des Giftes schon in so frühem Entwickelungsstadium der Pustel hervorgerufen wird.

Ekthyma und Rupia syphilitica.

Die Klinizisten unterscheiden zwei Arten von Ekthyma und zwar ein Ecthyma superficiale und profundum. Das erstere stellt sich bei der mikroskopischen Untersuchung stets als Impetigo heraus, deren Bläschen rasch abtrocknet und eine erhabene, dicke Kruste bildet. Doch ist diese Veränderung eine oberflächliche. Denn obwohl sie eine Erosion der oberflächlichen Lagen der Papillen herbeiführt, also nach der Abheilung eine Narbe hinterläfst, so giebt es doch hier keine gröfseren Infiltrate, und die oberflächlichen Erosionen werden durch den in der Epidermis vor sich

gehenden Entzündungsprozefs verursacht. Das Ecthyma profundum als klinische Form kommt eigentlich in diesem Krankheitsstadium nicht vor, es ist vielmehr eine spätere Veränderung, nämlich ein oberflächliches Gumma.

Bei der klinischen Untersuchung sehen wir gewöhnlich eine dicke, die Infiltration bedeckende Kruste, nach dessen Abnahme ein mehr oder weniger tiefes Geschwür zurückbleibt. Mikroskopisch untersucht zeigt die Kruste folgende Zusammensetzung: Die Oberfläche bilden einige Lagen verhornter Zellen, unter diesen Serum vermischt mit wenigen Leukocyten nebst Epithelzellenkernen und Fibrin. Gegen den Rand zu nimmt die Kruste an Dicke ab und besteht endlich bloſs aus mit Serum getränkten Hornzellen nebst sehr spärlichen Eiterzellen, und unter diesen liegen die ödematösen, stark gewucherten Stachelzellenlagen, deren Streifen vom Rande der Veränderung aus schräg gegen die Mitte zu tief in das Gewebe hinabziehen und so eine trichterförmige Vertiefung bilden.

Unter der so zusammengesetzten, gewöhnlich harten, weil nicht nur aus geronnenem Exsudat, sondern auch aus veränderten Epithelzellen entstandenen Kruste liegen die des Epithels vollständig beraubten, ödematösen, mit Eiter getränkten Hautpapillen. Die sogar in der Umgebung der Veränderung erweiterten Gefäſse und die zahlreichen Leukocyten zeugen für einen hochgradigen Entzündungsprozefs. Die des Epithels beraubten, in den serös-eitrigen Inhalt des Bläschens getauchten und selbst mit Flüssigkeit getränkten Papillen werden auch erodiert, so daſs die Grenze zwischen dem Inhalte und dem gewöhnlich kraterförmigen Boden des Bläschens verwischt wird. Dadurch wird eben das klinische Bild erklärt: die scheinbare Tiefe des Geschwürs erklärt sich durch die Wucherung der Epidermis an den Rändern des Geschwürs und der trichterförmig gegen den Boden verlaufenden Epidermisstreifen.

In der Umgebung des Geschwürs stellen die Gewebe die bekannten syphilitischen Infiltrate der Gefäſswandung dar, die Gefäſslumina sind erweitert, Leukocyten befinden sich reichlich sowohl in den Gefäſsen als auch im Infiltrate und in der Umgebung. Auffallend ist auch das Verhalten des Ödems und zwar sind nicht so die Kollagenbündel selbst ödematös, sondern das Exsudat befindet sich vielmehr zwischen den Kollagenbündeln und sogar zwischen den einzelnen Zellen, wodurch die Zellen groſs angeschwollen erscheinen, obwohl sie sich etwas schwächer färben.

Riesenzellen konnte ich in frischen Fällen von Ekthyma bei maligner Syphilis keine finden, dagegen fand ich sie in späterem (wenn auch nicht sehr spätem) Stadium eines Syphilisfalles, was unten noch erörtert werden soll.

Die Rupia unterscheidet sich mikroskopisch sehr wenig von der

vorigen Veränderung. Der Entzündungsprozefs scheint hier hochgradiger zu sein, die Ränder sind stärker infiltriert, die Gewebe mehr mit Eiter getränkt und ödematös. Die Infiltration ist bei diesen Formen nicht so grofs, wie dies klinisch den Anschein hat, sie umgiebt die Gefäfse mit einem kärglichen Mantel, welcher — wie oben erwähnt — gut entwickelte grofse Plasmazellen enthält, deren Granoplasma jedoch minder gut entwickelt zu sein scheint als gewöhnlich. Das beträchtliche Ödem, die grofse Leukocytenmenge in den erweiterten Gefäfsen und den Geweben machen das umgebende Gewebe und den Boden des Geschwürs nicht hart, wie bei dem sklerotischen Geschwür, sondern weich, teigig. Ebenso erklärt sich das verschiedene Äufsere beider Geschwürsarten. Beim sklerotischen Geschwür ist die Ulceration nur selten vollständig, tiefer gehend; gewöhnlich fehlt die Epidermis, aber die Papillen sind gut erhalten, denn neben dem syphilitischen Infiltrat sieht man eine bedeutende Bindegewebswucherung. Bei der Rupia dagegen greift das Geschwür auch die oberen Lagen der Hautpapillen an und die vom Rande laufenden Streifen der hier hypertrophischen Epidermis verleihen dem Geschwür ein tieferes Aussehen, als es in der Wirklichkeit ist. Auch ist die Kruste der Sklerose nicht so dick wie bei der Rupia, die Oberfläche der ersteren bedeckt eine dünne, geronnene, aus Überresten von Epithelzellen, wenigen Eiterzellen und Fibrin zusammengesetzte Kruste; bei der Rupia sieht man nach Abnahme der Kruste den Boden des Geschwürs mit einer aus Leukocyten, Serum und erweichten Epithelresten zusammengesetzten Flüssigkeit bedeckt.

Bedeutend gröfser ist die klinische Ähnlichkeit des syphilitischen mit dem gewöhnlichen ohne Beteiligung des syphilitischen Virus entstandenen Ekthyma. Dies ist auch durch das mikroskopische Bild leicht erklärlich, denn, abgesehen von der syphilitischen Infiltration der Haut, bieten beide Veränderungen fast dasselbe anatomische Bild. So wie oben die Analogie zwischen der syphilitischen und nichtsyphilitischen Impetigo durchgeführt wurde, so müssen auch hier die gleichen beide Veränderungen (das syphilitische und nichtsyphilitische Ekthyma) charakterisierenden Merkmale dem Untersuchenden auffallen.

Das Ekthyma simplex stellt ein oberflächliches Bläschen dar, dessen Wölbung die verhornte Epidermisschicht bildet und das mit Serum und mehr oder weniger reichlichen Leukocyten gefüllt ist. Zwischen den letzteren kann man leicht Streptokokken, daneben auch Staphylokokken beobachten, also das Bild eines schon mit Staphylokokken infizierten Impetigobläschens. Den Unterschied macht blofs der Boden des Bläschens, welchen bei der Impetigo die Epidermisschichten, bei dem Ekthyma die ödematösen, der Epidermis beraubten, nicht selten auch erodierten Hautpapillen bilden. Dieses Bild wird gleichfalls von UNNA und SABOURAUD

beschrieben, indem letzterer die Impetigo und das Ekthyma in histologischer und ätiologischer Beziehung als einen Typus betrachtet. Die mikroskopische Untersuchung zeigt nämlich nicht nur dasselbe histologische Bild, sondern auch Streptokokken in den Bläschen beider Veränderungen. Die Parakeratose läfst sich leicht durch die Wirkung der in den Randteilen sich einbürgernden Mikroorganismen erklären, der unter dem Bläschen befindliche Defekt läfst sich auf die verminderte Widerstandskraft der Gewebe, besonders aber auf Hyperämie zurückführen.

Die bakteriologischen Untersuchungen von SABOURAUD liefern den Beweis, dafs die beiden Veränderungen (Impetigo und Ekthyma) auf einer Infektion durch Streptokokken beruhen, zu welcher erst sekundär auch eine Staphylokokkeninfektion hinzutritt. Ich habe jene Experimente nicht wiederholt, doch sind schon die histologischen Untersuchungen fast allein im stande diese Anschauung zu befestigen. Dies ist für die von mir dargestellten syphilitischen Veränderungen von Wichtigkeit und ich mache daher noch einmal auf die Ähnlichkeit dieser unter einer klinischen Bezeichnung (Ekthyma) zusammengefafsten Veränderungen aufmerksam, welche nur durch die Anwesenheit bezw. das Fehlen der syphilitischen Infiltration sich von einander unterscheiden lassen.

Ich habe somit alle im Frühstadium der Syphilis auf der Haut auftretenden Veränderungen aufgeführt. Um das Gesagte zu vervollständigen und insbesondere um damit zu vergleichen, will ich noch die Formen kurz beschreiben, welche im Spätstadium beobachtet werden, und zwar die syphilitischen Knötchen (Tubercula syphil. cutanea) und Gummata der Haut.

Die Frage, ob diese zwei Prozesse einem Stadium zuzuzählen sind, ist noch nicht entschieden. Klinisch zählen wir gewöhnlich die Knötchen zu den Erscheinungen des Übergangsstadiums, die Gummata zu denen des Spätstadiums, doch betrachtet sie die Mehrheit der Autoren als tertiäre Veränderungen, also des Spätstadiums. Am rationellsten erscheint aber nur die Einteilung dieser Veränderungen in oberflächliche (Tuberculum, Gumma superficiale) und tiefere (Gumma profundum).

Der Tuberkel stellt auf der Haut einen der Papel des Frühstadiums ähnlichen Knoten dar von verschiedener Gröfse und mattroter, mehr bläulicher Farbe. Die anfangs normale Hautoberfläche wird nach einiger Zeit entweder desquamiert und vertieft oder durchsetzt und geschwürig, mit einer Kruste bedeckt.

Das Mikroskop zeigt auf der Oberfläche die aus Überresten von Epithelzellen, Serum, Fibrin und ziemlich zahlreichen Leukocyten zusammengesetzte Kruste. Es besteht hier also kein deutliches Bläschen, gefüllt mit Eiter, wie bei der Acne syphil., oder mit Serum und wenigen Leukocyten, wie bei der Impetigo syphil., sondern eine Kruste, die dadurch

entstanden ist, dafs die ganze Epidermis mit Serum und Leukocyten getränkt und dann nekrotisch wurde. Der Nekrose verfällt häufig die Papillarschicht und sogar die eigentliche Haut, und die auf diese Weise entstandene Kruste hat die Form eines Kegels, dessen Basis nach oben gekehrt ist. In der Kruste sieht man Epithelzellen mit komprimierten, nach der Seite gedrängten Kernen, andere zeigen verflossenes Protoplasma und nur Überreste von Kernen, und bei Fibrinfärbung werden zahlreiche bis in das nekrotische Hautgewebe dringende Fibrinfäden sichtbar. Das nekrotische Hautgewebe selbst nimmt keine basischen Farbstoffe auf und sogar die wenigen sich in demselben vorfindenden Kerne färben sich weniger intensiv als im normalen Zustande. Von Mikroorganismen aber habe ich in dieser Kruste nie eine Spur gefunden, ein Umstand, welcher der von manchen aufgestellten Behauptung widerspricht, dafs durch das veränderte Epithel Mikroorganismen sehr leicht hineingelangen und sich da entwickeln können, ohne den Krankheitsprozefs zu beeinflussen. Diese Behauptung wird um so mehr aufrecht erhalten durch die den meisten Dermatologen geläufig gewordene Meinung, dafs bei jedwedem pathologischen Prozefs auf der Haut Mikroorganismen gefunden werden können, ganz unabhängig von dem eigentlichen Krankheitsprozefs. Daher kommt es, dafs die Bakteriologie der Hautkrankheiten so lange brach gelegen ist, daher halten noch heute viele Skeptiker daran fest, dafs jedes auf der Haut entstandene Bläschen oder Pustel nur auf innere Ursachen zurückzuführen ist und die bei diesen Veränderungen gefundenen Mikroorganismen immer als nichts bedeutende Saprophyten zu betrachten sind.

In der Umgebung der Kruste ist die Epidermis bedeutend verdickt und sendet grofse Ausläufer in die Haut hinab, die zwischen diesen liegenden Papillen sind ödematös, die Blut- und Lymphgefäfse stark erweitert. Die Blutgefäfse sind von einer syphilitischen Infiltration umgeben, in welcher die hypertrophischen Bindegewebszellen im Übergewicht sind, stellenweise sind aber auch die Plasmazellen sehr zahlreich. Hier und da, besonders in der Umgebung des nekrotischen Hautteils, kann man auch Riesenzellen finden, die sich durch ihre Gröfse und die zahlreichen Kerne auszeichnen. Das Kollagen und die elastischen Fasern sind im nekrotischen Teile nicht zu erkennen, in der Umgebung sind sie ödematös, in kleine Teilchen zerstückelt, lassen sich aber gut färben, nur sind neben dem Infiltrate hier und da Kollagenfasern zu finden, welche basische Farbstoffe annehmen.

Die neben dieser Veränderung befindliche Narbe zeigt mikroskopisch eine beträchtliche Verdickung der Epidermisschichten (Acanthosis), erweiterte Gefäfse und Überreste des Infiltrates.

Ein Umstand scheint bei diesen Veränderungen besonders auffallend zu sein, und zwar die Erweiterung der von der Infiltration umgebenen

Gefäfse. Der Grund hierfür liegt nicht etwa darin, dafs die Gefäfse durch diese Infiltrate weniger komprimiert werden, sondern vielmehr im Widerstande der Gefäfswandung, wie dies UNNA richtig bemerkt hat. Bei guter Kollagenfärbung kann man an den Gefäfswänden Ringe von Bindegewebe sehen, welche die Gefäfse umfassen und an welche sich das Infiltrat ansetzt.

In der Umgebung der nekrotischen Teile fand ich nicht selten die Gefäfslumina obliteriert, ein Umstand, der die Nekrose zu erklären scheint.

Die vollständige Obliteration einer gröfseren Arterie sah ich an einem Stücke, das aus einer Infiltration am Gaumen zu diagnostischem Zwecke (von Doz. Dr. RUTKOWSKI) ausgeschnitten wurde. Es war nämlich ein Fall von Syphilis im Spätstadium und es kam zu keiner Nekrose, zahlreiche syphilitische Infiltrate umgaben die Gefäfswände, die im allgemeinen verdickt, wie von bindegewebigen Ringen, umgeben waren und das Lumen einiger Gefäfse war mit neugebildetem Gewebe gefüllt.

Ich habe bereits das Bild eines auf der Oberfläche zerfallenen Knötchens dargestellt. Doch ist das, wie schon oben bemerkt, nicht der regelmäfsige, wenn auch der häufigste Ausgang. Das nicht zerfallene Knötchen unterscheidet sich scheinbar nicht viel von einer Papel des sekundären Stadiums der Syphilis. Die Gefäfse sind wie in einen Mantel aus Plasma- und Bindegewebszellen gehüllt, ihre Lumina sind erweitert, was in einer Papel nicht der Fall ist, und in der Infiltration sind zahlreiche Riesenzellen zerstreut, welche ich in der Papel des sekundären Stadiums (den syphilitischen Lichen ausgenommen) ebenfalls nicht gefunden habe. Doch ist zu bemerken, dafs die Infiltration tiefer in die Haut hineinzureichen scheint, wo ich auch Riesenzellen sah, niemals aber konnte ich sie in den Papillen finden. Die Epidermis ist normal, nicht geschwollen, die Zeichnung der Papillen gut erhalten.

In einem abheilenden Geschwür nach einem oberflächlichen Gumma fand ich dieselben Veränderungen wie in der obigen Infiltration. Neben Gefafsen mit erweitertem waren auch solche mit obliteriertem Lumen, die Wandung war bei allen verdickt, wie bei den vorigen Veränderungen. Die übrigen Gewebe waren ödematös, liefsen sich schlecht färben, das Kollagen war hypertrophisch, die elastischen Fasern wie zerrissen, dick und ödematös, — die Infiltrate umgaben deutlich die Gefäfswände.

Das tiefe Hautgumma entwickelt sich im subcutanen Gewebe und in der eigentlichen Haut und stellt deshalb klinisch einen verschieden grofsen, unter der Haut liegenden, aber mit dieser zusammen verschiebbaren Knoten dar, über welchem die Hautoberfläche unverändert ist. Nach einiger Zeit wird der Knoten weich, die anfangs unveränderte Hautoberfläche rötet sich, der Hautüberzug wird immer dünner, bis er endlich nach aufsen durchbricht und ein gewöhnlich rundes Geschwür bildet,

dessen Rand angefressen und dessen Boden uneben und mit Gangränmassen bedeckt ist. Das ist der häufigste Ausgang; doch kann das Gumma bei günstigen Bedingungen nach dem Erweichen resorbiert werden, ohne die Hautbedeckung zu durchbrechen.

Ich hatte die Gelegenheit, nur ein eröffnetes Gumma, also ein Gummageschwür, zu untersuchen. Das Bild weicht nicht viel von dem eines oberflächlichen ab, das oben beschrieben wurde. Die Nekrose der Gewebe reicht tiefer, bis in das subcutane Bindegewebe hinab; um diese herum liegt das syphilitische Infiltrat, hier und da findet man auch Riesenzellen oder ein obliteriertes Gefäfs. Das ganze Innere aber und der Boden des Geschwürs erinnern an das Bild des venerischen Geschwürs, was auch das äufsere klinische Bild bestätigt. Der hervorragendste anatomische Unterschied zwischen diesen beiden Veränderungen besteht in der Anordnung der Infiltrate, sowie zwischen dem venerischen und dem sklerotischen Geschwür. Zwischen dem letzteren aber und dem Gummageschwür besteht der Unterschied darin, dafs bei sklerotischem Geschwür trotz des Verfalls die hypertrophischen und infiltrierten Gewebe verhältnismäfsig gut erhalten bleiben, im Gumma dagegen dieselben der Nekrose verfallen.

Ich habe dieses Bild des Gumma so flüchtig aufgezeichnet, nur um dasselbe mit frischen syphilitischen Veränderungen zu vergleichen, ohne mich in Einzelheiten dieser Frage einlassen zu wollen, da mir dazu das nötige Material fehlt. Nun will ich zu den syphilitischen Ausschlägen mit den Veränderungen in der Epidermis übergehen, um auf gewisse, eben bei diesen Formen auffallende Einzelheiten näher einzugehen.

Alle syphilitischen Pustelformen haben keine anderen wesentlichen Merkmale, als die syphilitischen Knötchen, — dieselben um die Gefäfse herumgelagerten mehr oder weniger entwickelten, hauptsächlich aus Plasmazellen zusammengesetzten Infiltrate kennzeichnen alle bisher beschriebenen Veränderungsformen der Syphilis.

Doch treten bei den syphilitischen Pusteln neben dieser Grundveränderung auch Veränderungen in der Epidermis und zuweilen sogar in oberflächlichen Schichten der eigentlichen Cutis auf. Ebenso kommen Syphilide mit Epithelaffektionen vor, die sich nicht durch Pusteln oder Bläschen manifestieren, die aber doch diesen Syphiliden eine Ähnlichkeit mit anderen nicht-syphilitischen Dermatosen verleihen (Condyloma latum, Papula psoriasiformis).

Es drängt sich also von selbst die Frage auf, ob diese Nebenveränderungen, welche die wesentlichen anatomischen Symptome der Syphilis gewissermafsen komplizieren, die Folge der Einwirkung des syphilitischen Giftes sind? oder der Ausbruch gewisser, schon vor der Infektion im Organismus existierender Verhältnisse sind? und in diesem letzteren Falle wäre noch die Frage zu entscheiden, ob diese Bedingungen

auf inneren Einflüssen des erkrankten Organismus beruhen, oder auf eine gleichzeitig mit der Eruption der sekundären Erscheinungen von aufsen her wirkende Infektion zu beziehen sind.

Ich bilde mir nicht ein, diese wichtige Frage endgültig entscheiden zu können, denn dies könnte nur auf Grund ausgedehnter klinischer Erfahrung und gründlicher anatomischer und bakteriologischer Untersuchungen dieser Nebenveränderungen geschehen, was ich bis jetzt noch nicht zu stande bringen konnte. Doch glaube ich meinen bei den mikroskopischen Untersuchungen dieser Veränderungen empfangenen Eindrücken Ausdruck geben zu dürfen und ich hoffe dadurch etwas Licht in diese Frage bringen zu können.

Wenn man sich in der Litteratur der Syphilis recht umsieht, bemerkt man, dafs fast alle Autoren bald den inneren Krankheiten oder Diathesen, bald verschiedenen Hauteffektionen selbst einen gewissen Einfluſs auf den Verlauf der Syphilis zuschreiben.

Neumann giebt an, dafs äufsere mechanische, chemische oder andere Reize auf die Gestaltung der syphilitischen Infiltration von Einfluſs ist; er stellt auch die Wirkung der Konstitutionskrankheiten, besonders der chronischen, auf den Verlauf der Syphilis fest, bestreitet aber den Einfluſs der Hautkrankheiten, z. B. der Psoriasis, auf die Gestaltung der syphilitischen Veränderungen. Lang weicht von dieser Anschauung nicht weit ab, indem er meint, die syphilitischen Veränderungen werden nur sehr selten durch die Hautkrankheiten kompliziert, doch könne man die Wirkung gewisser lokaler Faktoren, wie ungünstige Cirkulationsbedingungen, Cirkulationsstörungen während der Schwangerschaft, Verletzungen der Haut u. dergl. nicht ausschliefsen. In seinem Handbuch sagt er sogar, es unterliege keinem Zweifel, dafs die Eiterkokken, die sich überall, also auch auf der Haut befinden, die Entstehung der Pustelformen veranlassen. Letzel behauptet gleichfalls, dafs der Einfluſs der Hautkrankheiten auf die Syphilis sehr klein ist. Die Effloreszenzen der Psoriasis sind stärker infiltriert (?), und an den vom Ausschlag betroffenen Stellen entwickeln sich syphilitische Papeln.

Der Hyperämie der Haut wird von allen in Bezug auf die Entstehung der Syphilide an den betreffenden Hautstellen groſse Bedeutung zugeschrieben. Ehrmann beweist, dafs die Veränderungen an solchen Stellen zahlreicher sind, dafs sogar ein Exsudat von Leukocyten stattfinden kann. In ähnlicher Weise führen aus: Moeller, dafs die Pusteln ein Produkt der Syphilis sind und die Eiterkokken erst sekundär hinzutreten; und Hallopeau, nach welchem das syphilitische Gift allein im stande ist, Eiterung hervorzurufen. Doch führen letzterer und Leredde in ihrem Handbuch den Beweis, dafs die anatomischen Grundveränderungen der Syphilis immer dieselben sind und die nebenbei auftretenden Verände-

rungen der Epidermis als Komplikationen zu betrachten sind. Lebedde nimmt überdies an, dafs etwaige vorhandene Hautkrankheiten die Mannigfaltigkeit der syphilitischen Veränderungsformen veranlassen. Roberto Campana und seine Schüler weisen auf Grund der Kulturen und Impfungen nach, dafs die Pustelbildung bei der Syphilis auf einer Infektion durch den Staphylococcus aureus und albus beruht.

Die hervorragendsten Vertreter dieser Anschauung, dafs namentlich die Syphilis durch anderweitige Infektionen kompliziert wird, sind Tarnowsky und Unna.

Ersterer spricht seine Ansicht über die maligne Syphilis in der Behauptung aus, dafs der maligne Charakter der Syphilis auf einer Mischinfektion, also einer gleichzeitigen Infektion durch das syphilitische Gift und Eiterkokken beruht (Staphylococcia syphilitica). Wenn die Staphylokokken im Organismus nebst der syphilitischen Infektion einen günstigen Boden finden, dann verursachen sie eine Eiterung der Sklerose, der Drüsen und pustulöse Ausschlagsformen. Die vereinigte Giftwirkung dieser beiden Infektionsarten erteilt dem ganzen Krankheitsverlauf einen malignen Charakter. Doch kann die Komplikation durch Eiterkokkeninfektion auch nur ein einziges Krankheitsstadium und nicht den ganzen Krankheitsverlauf betreffen. Günstige Bedingungen für diese Infektion bilden Konstitutionskrankheiten, nervöse Einflüsse oder allgemeine Körperschwäche. Die Lokalisierung aber der syphilitischen Veränderungen hängt meist von dem Grade und der Dauer der Einwirkung eines Reizes auf eine gewisse Körperstelle, von der gesteigerten Funktion oder der Disposition zur Erkrankung eines gewissen Organs ab.

Unna ist der Ansicht, dafs die so bekannte und klinisch so wichtige Mannigfaltigkeit der auf der Haut auftretenden syphilitischen Veränderungen von begleitenden Hautkrankheiten abhängen, welche jenen ihr Gepräge geben. Es sind, allgemein gesagt, Wirkungen von Entzündungsprozessen der Haut, die gleichzeitig mit den syphilitischen Veränderungen hervortreten. Die wichtigste Rolle spielt dabei die Hyperämie der Gewebe. Unna war der erste, der auf den Zusammenhang der Seborrhoe mit der Syphilis hingewiesen hat, indem er annahm, dafs die durch die Seborrhoe verursachte Hyperämie der Haut einen günstigen Boden für die Entwickelung der syphilitischen Veränderungen abgiebt, welche dadurch auch ein verändertes klinisches Aussehen bekommen.

Die Übersicht über alle syphilitischen Hauterscheinungen zeigt, dafs die um die Blutgefäfse herumgelagerten Infiltrate für diesen Prozefs charakteristisch sind, dafs ferner die oberflächlichen Veränderungen sich immer sekundär ausbilden, ohne mit den Grundveränderungen wesentlich zusammenzuhängen. Doch ist es nicht ausgeschlossen, dafs die Struktur der in der eigentlichen Haut gelegenen syphilitischen Veränderungen die Ent-

stehung dieser Manifestationen in den oberen Epithelschichten begünstigen kann.

Ich habe mir die Frage gestellt: welche Ursache kann diesen letzteren Komplikationen zu Grunde liegen?

Würden dieselben durch das syphilitische Gift selbst verursacht, so müfste man entweder eine aufserordentliche Malignität derselben oder eigentümliche Momente annehmen, welche Pustelformen hervorrufen. Von der Malignität des Giftes läfst sich nicht viel sagen, da solches ganz unbekannt ist; dagegen kann man auf Grund klinischer Erfahrung ermitteln, bei welchen Individuen solche Formen vorkommen. So belehrt uns auch diese Erfahrung, dafs die Pustelformen zwar bei Kachektischen, Phtisikern, Alkoholikern u. dergl. vorkommen, dafs dieselben aber auch bei vollkommen gesunden Individuen zu beobachten sind, und umgekehrt bei den obengenannten kränklichen Individuen die sekundären Erscheinungen ohne jede Spur von Veränderung der Epidermis verlaufen können. Daraus ergiebt sich, dafs, wenn auch der allgemeine Zustand des Organismus in dieser Beziehung von Bedeutung sein kann, die komplizierenden Veränderungen der Epidermis auch ganz abgesehen von denselben entstehen können, dafs ferner auch bei herabgekommenen Individuen neben dem allgemeinen Zustande gewisse, die Entwickelung jener Veränderung begünstigende Bedingungen vorhanden sein müssen, ohne welche sie nicht entstehen können. Und wenn der allgemeine innere Zustand des Organismus nicht die einzige, den Ausschlag gebende Ursache ist und diese Veränderungen auch abgesehen von denselben entstehen können, so drängt sich ja von selbst der Gedanke auf, dafs es sich hier um etwaige äufsere Bedingungen handeln müsse.

Die oben angeführten Autoren erklären sich mehr oder weniger für eine Beziehung zwischen den Hautkrankheiten und der Gestaltung der syphilitischen Veränderungen. Fast alle gestehen die diesbezügliche Bedeutung der Kompression, der Reizung und insbesondere der Hyperämie der Haut an. Somit mufs jedes Hautleiden, welches eine Hyperämie der Haut verursacht, auch auf die Gestaltung der syphilitischen Veränderungen einen Einfluſs üben. Ich bedaure, nirgends in der Litteratur die klinische Beschreibung einer gröfseren Anzahl von Fällen finden zu können, an welchen die Beziehungen zwischen der Syphilis und verschiedenen Hautkrankheiten durchgeführt wären; die beschriebenen Fälle geben kein genügendes Mafs von der Bedeutung dieses Zusammenhanges. Und ich glaube, dafs es kaum einen Kliniker giebt, dem dieser Umstand nicht schon aufgefallen wäre.

Überblickt man nun alle diejenigen Syphilide, bei welchen auch Veränderungen der Epidermis auftreten, so kann man vor allem den in diesem Falle sehr wichtigen Umstand beobachten, dafs der Grad dieser

Veränderungen in keinem Verhältnisse weder in Bezug auf die Intensität noch die Ausdehnung zu der Grundveränderung in der eigentlichen Cutis steht. So kann z. B. die syphilitische Infiltration sehr ausgedehnt und stark entwickelt sein, während die Veränderung des Epithels kaum angedeutet ist, und umgekehrt kann die letztere einen sehr hohen Grad erreichen bei schwach entwickelter und der Breite und Tiefe nach sehr wenig ausgedehnter Infiltration um die Gefäfse. Das beweist, dafs nicht die Intensität der syphilitischen Veränderungen jene Komplikation verursacht, wie uns auch die klinische Erfahrung lehrt.

Als zweite wichtige Thatsache ist hervorzuheben, dafs das histologische Bild verschiedener Pusteln und Bläschen, welche bei den syphilitischen Hautveränderungen auftreten — abgesehen von manchen nicht wesentlichen Abänderungen —, mit dem Bilde ebensolcher bei anderen Hautkrankheiten auftretender Veränderungen ganz übereinstimmt. Die syphilitische Akne, so genannt wegen ihrer Ähnlichkeit mit der gewöhnlichen Akne, ist ebenso wie diese eine Entzündung des Follikels, nur ohne ihre Merkmale, die sie von anderen Follikulitiden unterscheiden lassen; diese letzte Bezeichnung würde auch hier passender angewandt. Bei der Beschreibung der pockenähnlichen Syphilide habe ich erwähnt, dafs sie sich nicht selten in der Form einer grofsen, um den Follikel gebildeten Eiterpustel darstellt, welche dieselbe Struktur zeigt wie Acne syphilitica, die Folliculitis, die Impetigo pustulosa Bockharts mit ihren Folgeerscheinungen, kurz wie eine primäre Infektion der Haut durch Staphylokokken. Die Impetigo syphilitica unterscheidet sich anatomisch in Bezug auf die Struktur ihres Bläschens durch nichts von der gewöhnlichen Impetigo Tilbury-Fox, welche nach neuesten Untersuchungen von Sabouraud auf einer Infektion durch Streptokokken beruht, zu welcher später noch eine Staphylokokkeninfektion hinzutritt. In frischen Veränderungen überwiegt also anfangs das seröse Exsudat, das Bläschen ist hell und erst durch den Hinzutritt der Staphylokokken wird eine gröfsere Zufuhr von Leukocyten veranlafst, und es bildet sich eine grofse, dicke Kruste, wodurch auch die Veränderung die Form des Ecthyma annimmt. Breitet sich die Infektion nach der Umgebung der schon bestehenden Kruste immer weiter aus, so entstehen rings um die Veränderung immer frische, gröfser und stärker werdende Krusten, und diese Form wird mit dem Namen Rupia bezeichnet. Dieser Prozefs kann sowohl auf der sonst normalen, wie auch auf der durch die Syphilis afflizierten Haut stattfinden.

Diese beiden letzteren Syphilisformen (Ecthyma und Rupia) hinterlassen nach der Abheilung deutliche Narben, was bei der gewöhnlichen Impetigo und Ecthyma nicht der Fall ist. Die Ursache scheint klar zu sein: Das gewöhnliche Ecthyma entsteht infolge einer oberflächlichen Infektion der sonst gesunden Haut und daher kann auch die Veränderung

abheilen, ohne eine Narbe zu hinterlassen; bei dem syphilitischen Ecthyma ist die in der Epidermis gebildete Blase nur eine Komplikation der in der eigentlichen Haut gelegenen Veränderung der die Syphilis charakterisierenden Infiltration. Es ist also verständlich, dafs das Bläschen nicht rasch vertrocknet, nicht leicht abheilen kann, dafs im Gegenteil die Infektion noch tiefer in die Haut dringen kann, da ihr das kranke Gewebe keinen Widerstand leistet.

Die Behauptung, dafs diese Veränderungen tiefer oder anatomisch schwerer seien, als andere syphilitische Veränderungen, scheint mir unbegründet zu sein. Die Infiltration kann hier weder stärker entwickelt, noch tiefer oder ausgedehnter sein: es ist lediglich die gleichzeitige, von aufsen her kommende Infektion, welche auf dem günstigen Boden der in ihrer Ernährung herabgesetzten Gewebe diese anfangs oberflächlichen, später aber tiefer gehenden Veränderungen hervorruft. Letztere sind aber nicht von den syphilitischen Veränderungen abhängig, sondern die Folge eines in pathologischen Geweben sich entwickelnden Entzündungsprozesses.

Die klinisch als Ecthyma profundum bekannte Form existiert ohne Zweifel, aber das Mikroskop zeigt bei derselben das Bild eines oberflächlichen Gummas. Auch giebt es hier keine nach dem Abtrocknen des Bläschens entstehende Kruste, unter welcher Mikroorganismen in die Gewebe eindringen und oberflächliche Geschwüre der Papillen hervorrufen können; dagegen entsteht hier die Modifikation der Epidermis und des darunter liegenden Gewebes, und in der Folge eine Vertiefung der Haut. Darum bemerke ich oben, dafs wir im anatomischen Sinne nur von einem oberflächlichen Ecthyma reden können, die klinisch als tiefes Ecthyma bezeichnete Form gehört schon in das Spätstadium, es ist anatomisch betrachtet eigentlich ein Gumma.

Wenn nun die bei den Syphiliden in dem Epithel sich entwickelnden Prozesse, wie ich vermute, nur Komplikationen des eigentlichen Krankheitsprozesses sind, so müfsten sich in den Schnitten auch diejenigen Mikroorganismen nachweisen lassen, welche bei analogen, auf nicht syphilitisch affizierter Haut sich entwickelnden Prozessen gewöhnlich gefunden werden. Bei der gewöhnlichen Impetigo kann man am Anfange des Prozesses in der Flüssigkeit des Bläschens Streptokokken finden, in den späteren Stadien nur Staphylokokken; ich fand aber auch beide Kokkenarten nebeneinander. Bei der Impetigo pustulosa Bockharts sieht man besonders am Gipfel des Bläschens Staphylokokken in grofsen Scharen. Bei den pustelförmigen Syphiliden fand ich gleichfalls beide Kokkenarten. Wenn ich auch keine bakteriologischen Untersuchungen in vivo vorgenommen habe, so kann doch der in den Bläschen und Pusteln gemachte Befund nicht ohne Bedeutung bleiben.

Die Mehrheit der Syphilidologen ist der Meinung, es könnte sich hier

um eine sekundäre Infektion des schon vorhandenen Bläschens handeln, aber in diesem Falle könnten auch alle anderen, auf nicht-syphilitischem Grunde entstandenen Bläschen sich ohne Infektion entwickeln. Doch widerspricht dieser Auffassung der allgemeine histologische Bau eben dieser oberflächlichen Veränderungen der Epidermis.

In der Histopathologie der Haut sind im allgemeinen zwei Bläschentypen bekannt. Die einen liegen oberflächlich, am häufigsten unter der Hornschicht, seltener in der Stachelschicht, sie entwickeln sich langsam, in die Tiefe der Epidermis dringend; die anderen entstehen rasch in der Stachelschicht oder unter der Epidermis, liegen also tiefer, ihre Höhle ist durch epitheliale Zwischenwände in mehrere Fächer geteilt. Zu den ersteren zählen die Bläschen: der Impetigo vulgaris und der pustulösen Impetigo (Bockhart), des Ekzemas, der Seborrhoe, der Akne, der Follikulitiden und Trichophytiasis; Bläschen des anderen Typus bilden: das bullöse Erythem, Prurigo Hebras, Dermatitis herpetiformis Duhrings, Herpes zoster und labialis, endlich Variola und Varicella. Schon aus den klinischen Untersuchungen ist zu ermitteln, dafs die ersteren Bläschen aus von aufsen her wirkenden Ursachen entstehen, die anderen dagegen inneren Faktoren ihre Entstehung verdanken, was auch durch die histologische Untersuchung vollständig bestätigt wird. Wenn man die mikroskopischen Bilder der Variola, Varicella oder Herpes zoster einerseits und die einer Aknepustel, in welcher Mikroorganismen sehr leicht zu finden sind, und eines Impetigobläschens oder eines Ekzemas andererseits genau betrachtet, so drängt sich fast von selbst der Gedanke auf, dafs diese letzteren Krankheiten durch von aufsen her wirkende Infektionen entstanden sein müssen.

Da ich also bei den Syphiliden immer nur Bläschen eben jenes Typus finde, dessen Eigenschaften nur an eine äufsere Ursache denken lassen, so kann ich mich auch der sich unbedingt aufdrängenden Schlufsfolgerung nicht widersetzen, dafs die Entstehung dieser Bläschen- und Pustelformen nicht durch das syphilitische Gift, sondern durch gewisse Eigentümlichkeiten der Haut selbst bedingt ist. Diese besonderen Eigentümlichkeiten beruhen wahrscheinlich auf einer Disposition der Haut zu gewissen Infektionen. Wie aus den klinischen Erfahrungen bekannt, mufs, damit sich eine Krankheit entwickelt, aufser dem Eindringen der Mikroorganismen auch im Organismus selbst entweder eine angeborene oder augenblickliche Prädisposition zur Infektion bestehen. So mufs auch in der Haut eine gewisse Prädisposition bestehen, damit eine Infektion zu stande kommen kann.

Die klinischen Beobachtungen lehren, dafs die syphilitischen Pustelformen am häufigsten bei herabgekommenen, mit einer Konstitutionskrankheit behafteten Individuen, bei welchen die Ernährung im allgemeinen, somit auch die der Haut herabgesetzt ist. Diese ungenügende Ernährung

muſs desto gröſsere Bedeutung gewinnen, sobald das syphilitische Gift in den Organismus gedrungen ist und Veränderungen in der Umgebung der Hautgefäſse hervorruft, wodurch die schon früher vorhandene Disposition zur Infektion noch gesteigert wird.

Dabei ist aber nicht zu übersehen, daſs eine solche Disposition der Haut auch bei einem sonst gesunden, nur von der Syphilis allein befallenen Individuum bestehen kann. Auch in diesem Falle kann es leicht zu einer sekundären Infektion kommen, zumal — wie oben bemerkt — die Lokalisation der syphilitischen Infiltration oft die Haut zu Veränderungen an ihrer Oberfläche gewissermaſsen disponieren kann.

Es muſs der Zukunft vorbehalten sein, einerseits die Frage zu entscheiden, unter welchen Bedingungen bei gesunden, mit keinem organischen Fehler belasteten Individuen die syphilitischen Pustelformen auftreten; andererseits die Natur der Infektion zu erforschen, welche diese Veränderungen auf der Haut hervorrufen kann. Zur Zeit kann der Einfluſs gewisser krankhafter Zustände der Haut, wie der Hauttuberkulose, Hyperkeratose, Psoriasis, Seborrhoe, endlich der aus welchen Ursachen immer entstandenen Hyperämie auf die Gestaltung der syphilitischen Veränderungen mit voller Sicherheit ausgesprochen werden.

Dadurch wird auch die Annahme gerechtfertigt, daſs das syphilitische Gift allein in der Epidermis keine Veränderungen hervorruft, daſs dieselben vielmehr Folgeerscheinungen einer von auſsen her wirkenden Infektion sind, zu welcher die Haut auf Grund gewisser, sie selbst oder den ganzen Organismus betreffender krankhafter Zustände schon von vornherein disponiert ist oder — infolge ihrer durch die Entwickelung der syphilitischen Infiltration herabgesetzten Ernährung — disponiert wird. Und wenn die äuſseren Verhältnisse bei der Entstehung der in Rede stehenden Veränderungen vielleicht nicht die wichtigste Rolle spielen, so kann doch nicht in Abrede gestellt werden, daſs die Eigenschaften der Haut, welche sie zu gewissen Erkrankungen disponieren können, ferner die während der Syphiliseruption etwa schon vorhandenen Infektionen der Haut, endlich die Leichtigkeit, mit welcher Mikroorganismen auf die Haut gelangen können, für die Gestaltung der syphilitischen Ausschläge von überaus groſser Bedeutung sind und auf dieselbe einen unzweifelhaften Einfluſs ausüben.

Die Ergebnisse meiner mikroskopischen Untersuchungen lassen sich im folgenden kurz zusammenfassen:

1. Die Syphilide zeigen gewisse anatomische Merkmale, welche sie von anderen Hauterkrankungen unterscheiden lassen.

2. Das hervorragendste Zeichen bilden die Infiltrate, welche rings um die Blutgefäſse herum sich ausbilden und aus Plasmazellen Unnas

und Spongioplasten zusammengesetzt sind. Die Lumina der Lymphgefäfse, besonders gegen die Hautoberfläche zu, sind gewöhnlich erweitert.

3. Die Infiltrate können verschieden stark entwickelt und mehr oder weniger ausgedehnt sein, ihre Lokalisation und Bestandteile sind aber immer dieselben.

4. Der Primäraffekt (Sclerosis initialis) zeichnet sich durch sehr ausgedehnte Infiltration aus, da dieselbe nicht nur die Wandung der Blutgefäfse (hauptsächlich der Arterien) betrifft, sondern auch auf die Zwischenräume der Kollagenbündel sich ausbreitet, wodurch eine Kompression von seiten des neugebildeten Gewebes auf die umgebenden Gewebe geübt wird.

5. Die Hautdrüsen scheinen an dem Krankheitsprozefs aktiv nicht beteiligt zu sein, obwohl es auch Syphilide giebt, bei welchen die Infiltration sich um die Gewebe der Follikel oder der Drüsen lokalisiert.

6. Das kollagene und das elastische Gewebe werden durch die sich entwickelnden Infiltrate nicht zerstört, sondern auseinander geschoben; ihre Zerstörung erfolgt nur bei den Formen des Spätstadiums, wo die Gewebe der Nekrose verfallen.

7. Riesenzellen fand ich unter den Ausschlägen des Frühstadiums nur bei der syphilitischen Akne und bei der kleinpapulösen Form (Lichen syphilit.), sonst aber nur im Spätstadium: in den Knötchen (Tuberculum) und Gummen.

8. Mastzellen habe ich in allen syphilitischen Veränderungen in ziemlich grofser Zahl gefunden, besonders aber bei Formen mit schwach entwickelter Infiltration (Roseola) oder in der Umgebung von gröfseren Infiltraten.

9. Die Obliteration von Gefäfsen gehört meines Erachtens nicht zu den Zeichen des Frühstadiums. Ich habe in den von mir untersuchten Fällen von Syphiliden des Frühstadiums wie auch Primäraffekten nie ein obliteriertes Gefäfslumen gefunden, wohl aber sah ich bei dem syphilitischen Schanker nicht allein Gefäfse, deren Lumen infolge des Druckes der sich in ihrer Umgebung entwickelnden Infiltrate bedeutend verengt war: Echte Obliteration sah ich nur bei Syphiliden, welch schon in das späte sog. tertiäre Stadium fallen.

10. Die bei der Syphilis auftretenden Veränderungen der Epidermis sind nur als Komplikationen zu betrachten, welche den Syphiliden ein gewisses Gepräge geben und dieselben dadurch anderen Hautkrankheiten klinisch ähnlich machen. Aus den histologischen Untersuchungen ergiebt sich, dafs, obwohl die Grundveränderungen der Syphilis die Entstehung jener Epithelaffektionen begünstigen können, die Ursache ihrer Entstehung doch auf gewisse, in der Haut selbst liegende Bedingungen zurückzuführen ist. Diese Bedingungen bestehen entweder in einem gewissen Allgemein-

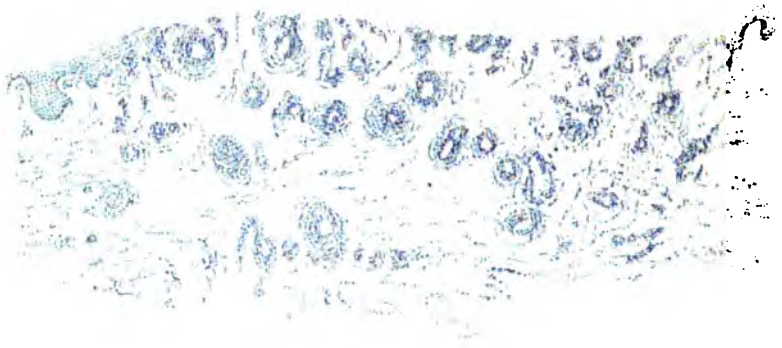


Fig. 1.

Fig. 2.

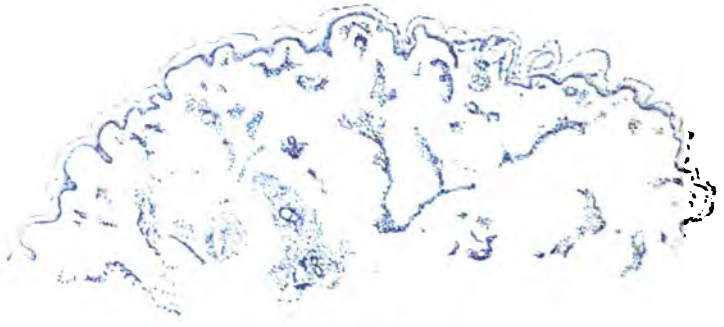


Fig. 3.

Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg (und Leipzig).

Fig. 4.

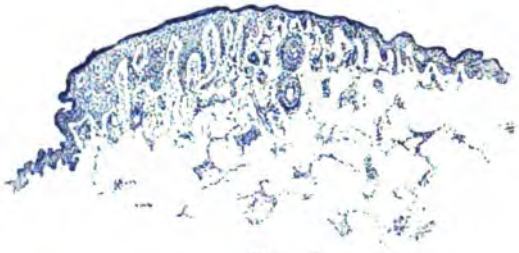


Fig. 5.

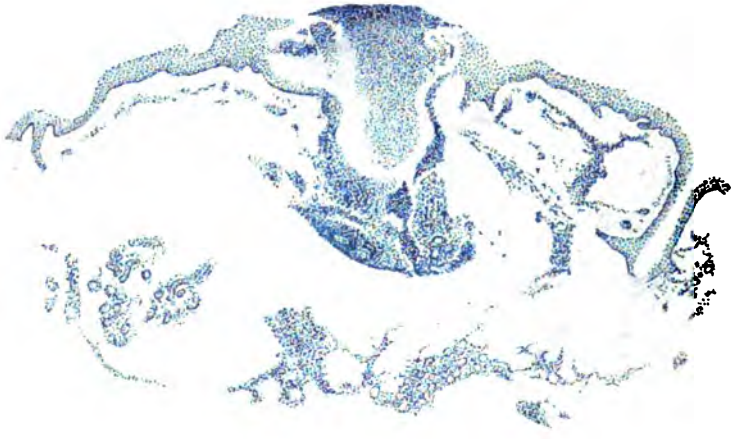


Fig. 6.

Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg (und Leipzig).

Fig. 7.

Fig. 8.

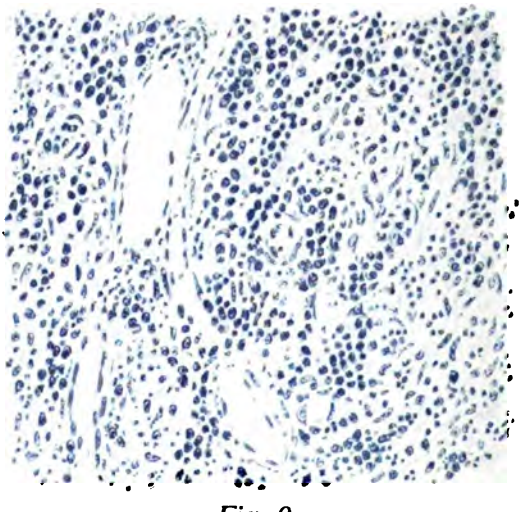


Fig. 9.

Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg (und Leipzig).

befinden des Organismus oder der Haut selbst (Disposition) oder in einer gleichzeitig mit der Eruption der sekundären Erscheinungen stattgefundenen Infektion der Haut. Dasselbe gilt auch für die Entstehung von Geschwüren von Primäraffekten, wobei die äufseren Einflüsse von grofser Wichtigkeit zu sein scheinen.

Zuletzt will ich noch an dieser Stelle der angenehmen Pfficht nachkommen, indem ich dem Collega Prof. J. Nowak meinen besten Dank für die mir bei der Arbeit gegebenen Ratschläge ausspreche.

Erklärung der Abbildungen.

Fig. 1. Sclerosis initialis. Pol. Methylenblau-Glycerinätherfärbung. Zeiss: Oc. I, Obj. AA.

Fig. 2. Roseola syphilitica.
Fig. 3. Papula syphilitica.
Fig. 4. Condyloma latum.
Fig. 5. Papula syph. psoriasiformis.
Fig. 6. Acne syphilitica.
Fig. 7. Ecthyma syph. superficiale.
Fig. 8. Gumma syph. cutis superficiale.

} Dieselbe Färbung und Vergröfserung.

Fig. 9. Das syphilitische Infiltrat aus einer syphilitischen Papel. Dieselbe Färbung. Zeiss: Oc. I, Obj. DD.

Litteratur.

Abramow, Über die Gefäfsveränderungen durch Syphilis. (*Klin. Journ.* 1899.)
Alpár, Über den Zusammenhang zwischen Syphilis und Psoriasis. (Ung. derm. Ges. 1899.)
Audry, Herpes als Vorläufer des Schankers. (*Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 28, No. 4.)
— Über Mastzellen [isoplastische Zellen]. (*Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 22, No. 8.)
— Histolog. Untersuchungen einer syph. Lymphangitis. (Toulouse 1897.)
Aufrecht, Über den Befund von Syphilis-Mikrokokken. (*Ctrbl. f. Med.* 1881.)
Auspitz, Über die Excision des harten Schankers. (*Wien. med. Pr.* 1878/79.)
— und Unna, Die Anatomie der syph. Initialsklerose. (*Vierteljahrsschr. f. Derm. u. Syph.* 1877.)
Balzer, Les atrophiés cutanées circonscrites chez un syphilitique. (*France méd.* 1888.)
— et Reblaub, Contribution à l'étude des vergetures arrondies ou macules atrophiques consécutives aux éruptions papuleuses syphil. et non syphilitiques. (*Ann. de Derm. et de Syph.* 1889. No. 2.)
Barduzzi, Die Mikrobien d. Syphilis. (*Gasz. degli ospidali.* 1884.)
Baumgarten, Miliäre Gummigeschwülste der Haut nebst Bemerkungen über die anatomisch-histolog. Differentialdiagnose zwischen Gummata und Tuberkeln. (*Virch. Arch.* Bd. 97, 1.)
— Riesenzellen bei Syphilis. (*Ctrbl. f. d. m. Wiss.* 1876, 45a: 1877, 22.)
— u. Heubner, Zur Hirnarterien-Syphilis. (*Arch. f. Heilk.* XVI, 5/6.)
Behrend, Studien über das breite Kondylom. (Inaug.-Diss. Leipzig 1871.)
— Über Syphilis haemorrhagica. (*Arch. f. Derm. u. Syph.* 1874.)
Besnier, Brocq, Jacquet, La pratique dermatologique. Paris 1900.
— et Doyon, Pathologie et traitement des maladies de la peau. Traduction de la „Pathologie d. Hautkrankheiten" de M. Kaposi.

Beurmann, Syphilis pigmentaire. (*Indépend. méd.* 1896.)
— et Claude, L'érythème noueux et la syphilis. (*Ann. de Derm. et de Syph.* 1896.)
Bieder, Histologische Untersuchungen im Primärstadium der Syphilis. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1898.)
Birch-Hirschfeld, Beiträge zur pathol. Anatomie d. heredit. Syphilis. (*Arch. d. Heilk.* 1875, 2.)
Biesiadecki, A., Beitrag zur physiol. u. pathol. Anatomie d. Lymphgefäfse d. menschl. Haut. (Unters. auf d. path. Inst. z. Krakau. 1872.)
— Beitrag zur physiol. u. pathol. Anatomie d. Haut. (Sitzber. d. Krakauer Akad. d. Wissensch. 1897, II.)
Björnström, Fall von Darmsyphilis. (Schmidts Hb. 1876, I.)
Bockhart, Über Pigmentsyphilis. (*Monatsh. f. prakt. Derm.* 1887, 1.)
Breda, Contributo alla flebite syphil. (*Rivista ven. d. sciénz. m.* 1889.)
Bremer, Das syphilitische Fieber. (*Nord. Med. Ark.* 1874.)
Browicz, Riesenzellen bei Syphilis. (*Ctrbl. f. d. m. Wiss.* 1877.)
— O komórkach tucznych Ehrlicha. (*Bull. internat. de l'acad. d. sciens. d. Cracovie.* 1890.)
Caspary, J., Zur Anatomie des Ulcus durum u. molle. (*Arch. f. Derm.* 1876.)
Chauvreau, Troubles de la pigmentation chez un syphilitique. (*Ann. d. Derm.* 1889.)
Cohn, M., Beitrag zur pathol. Anatomie d. gummösen Neubildung. 1889. I.-D.
Cornil, Entzündung d. Lymphgefäfse d. Lungen b. Eingeweidesyph. (L'Union 1873.)
— Über die anat. Veränderungen d. Lymphdrüsen bei Erkrankungen. (*Journ. d. l'anat. et phys.* 1878; nach *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1879.)
— Leçons sur la syphilis. Paris.
— et Ranvier, Manuel d'histologie pathologique. Paris 1884.
Darier, Sur l'examen microscopique des cheveux dans l'alopecie syphilit. (*Ann. de Derm. et de Syph.* 1889.)
— Anatomie, physiologie et pathologie générale de la peau. Paris 1900.
Danlos, Kreisförmige Faltelungen nach Syphilis. (Franz. Gesellsch. 1897.)
Dreysel, Über das Leucoderma syphil. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1896.)
Ehrmann, Zur Pathologie d. Syphilide. (*Wien. klin. Rundsch.* 1897.)
— Über Kombinationsformen nicht-syphil. Veränderungen mit syphil. Exanthemen. (*Wien. med. Bl.* 1894.)
— Über Hautentfärbungen durch sekundär-syphil. Exantheme. (*Arch. f. Derm.* 1891.)
— Über d. Hautentfärbungen im Frühstadium d. Syphilis. (*Int. kl. Rundsch.* 1887.)
— Untersuchungen über d. Physiologie u. Pathologie d. Hautpigmentes. (*Arch. f. Derm. u. Syph.* 1885.)
Ehrlich, Über syphil. Herzinfarkte. (*Zeitschr. f. klin. Med.* 1879.)
Fabry, Über einen Mischfall von Lues u. Tuberkulose. (*Arch. f. Derm. u. Syph.* 1893.)
Finger, Die Syphilis u. d. venerischen Krankheiten. Leipzig u. Wien. 1888.
— Die Syphilis als Infektionskrankheit vom Standpunkte d. modernen Bakteriologie. (*Arch. f. Derm. u. Syph.* 1890.)
— Beitrag zur Lehre d. Leukoderma syphil. (*Wien. med. Pr.* 1887.)
— Beitrag zur Anatomie d. männl. Genitale. (*Arch. f. Derm. u. Syph.* 1885.)
— Die Diagnose d. syphil. Initialsklerose u. d. lokalen kontagiösen Hellkose. (*Arch. f. Derm. u. Syph.* 1885.)
Fournier, Alopécie syphil. (*Gaz. méd. d. Paris.* 1888.)
— Traité de la syphilis. Paris 1899.
Giovanni, Über d. histolog. Veränderungen d. syphil. Alopecie u. ihr Verhältnis zu d. Veränderungen d. Alop. areata. (*Monatsh. f. prakt. Derm.* XVI.)

Grabianski, Die patholog. Anatomie d. Rupia syphil. (*Russk. medic.* 1886.)
Hallopeau et Leredde, Dermatologie. Paris 1909.
Heitzmann, L., Die Atrophien d. Lederhaut. (*Arch. f. Derm. u. Syph.* 1890.)
Herzog, Zur Histopathologie d. Syphilis. (*Chicago m. Rec.* 1899.)
Heubner, Einfluſs der Syphilis auf die groſsen Arterien an der Basis des Gehirns. (*Allg. med. Centralztg.* 1872.)
— Die luetische Erkrankung der Hirnarterien. Leipzig 1874.
Hjelmann, Beitrag z. Kenntnis der Persistenz d. histopathol. Gewebsveränderungen bei Syphilis. (*Nord. m. Arkiv.* 1897.)
— Zur Kenntnis der Leucoderma syphil. (*Derm. Zeitschr.* 1897.)
— Über das elastische Gewebe in Narben nach induriertem Schanker. (*Finska Läk. Handl.* 1898.)
Huber, Erythema nodosum und Syphilis. (Ungar. derm. Ges. 1899.)
Jackson, Zwei Fälle von intrakranieller Syphilis. (*Journ. o. Ment. Sc.* 1874.)
Jacquet, Des Syphilioïdes post-érosives. (*Thèse doct.* 1888.)
Janowsky, Kasuistische Beiträge zur Lehre vom syphilitischen Fieber. (*Prag. Vrtschr.* 1874.)
Jarisch, Über den Rückenmarksbefund in sieben Fällen von Syphilis. (*Arch. f. Derm. u. Syph.* 1881.)
Jesner, Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten. Leipzig 1896.
Jullien, Zona und Syphilis. (Festschr. f. Prof. Schwimmer. 1897.)
Kölliker, Über die Excision des harten Schankers. (Vortr. in Würzb. Ges. 1876.)
Koulnieff, Etude sur la prétendue lymphangite consécutive à l'induration syphilit. primaire. Paris 1889.
Kromayer, Allgemeine Dermatologie. Berlin 1896.
Kunitzky, M., Über Befunde im Sklerosensekret. (*Arch. f. Derm. u. Syph.* 1899.)
Lancereaux, Intracerebrale syphil. Arteriitis. (*Gaz. d. Hôpit.* 1876.)
Lang, Über Wege u. Wandlungen d. Syphiliskontagiums. (*W. m. Doct. Coll.* 1888.)
— Pathologie und Therapie der Syphilis. Wiesbaden 1896.
Leloir, Leçons sur la syphilis.
— Recherches sur les combinaisons de la scrofulo-tuberculose et de la syphilis en particulier du côté de la peau. (*Ann. de Derm. et de Syph.* 1891.)
— et Vidal, Symptomatologie und Histologie der Hautkrankheiten. Übersetzung von Schiff. Hamburg 1890.
Le Roux, Contribution à l'étude de l'artérite syph. (*Thèse doct.* 1888.)
Lesser, Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten. Leipzig 1897.
Letzel, Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten. Wien 1892.
Lewin, Clavi syphilitici. (*Arch. f. Derm. u. Syph.* 1898.)
Lostorfer, Beiträge zur Kenntnis der anat. Verhältnisse der Haut bei spitzen, subcutanen und breiten Kondylomen. (*Arch. f. Derm. u. Syph.* III.)
— Über die Möglichkeit der Diagnose der Syphilis mittelst der mikroskopischen Blutuntersuchung. (*Arch. f. Derm. u. Syph.* IV, 1.)
Majew, Über das Pigmentsyphilid. (*Wratsch.* 1889.)
Manteggazza, Über die syphilit. Dermatosen. (*Giorn. it. d. mal. ven.* 1895.)
Marfan et Toupet, Contribution à l'étude histolog. des gommes syphil. et des lésions tertiares en général. (*Ann. de Derm. et de Syph.* 1890.)
Marschalkó, Zur Plasmazellenfrage. (*Ctrbl. f. all. Path. u. path. An.* X.)
Marsh, The non-identy of chancre and chancroid. (*New York med. Journ.* 1886.)
Martineau et Hamonic. Die Bakterien der Syphilis. (*Gaz. méd. de Paris.* 1892.)
Meyer, Oedema induratum. (Inaug.-Diss. 1895.)

Michelson, Ist Lichen syphil. das Produkt einer Mischinfektion zwischen Syphilis und Tuberkulose? (*Virch. Arch.* 1889, 118.)
Moeller, Zur Kenntnis des pustulösen Syphilides. (*Nord. m. Ark.* 1897.)
Mračeк, Über die syphil. Initialerkrankung d. Vaginalportion. (*Arch. f. Derm.* 1881.)
— Oedema indurativum. (Verhandl. d. Wien. derm. Ges. 1890.)
Neumann, Neuere Untersuchungen über die histologischen Veränderungen der Hautsyphilide, deren Verlauf und über das indurierte Dorsallymphgefäß. (*Arch. f. Derm. u. Syph.* 1885.)
— Über die verschiedenen Reproduktionsherde d. syphilit. Virus. (*Wien. med. Wochenschr.* 1887.)
— Über Syphilis der Parotis u. d. Gland. sublingualis. (*Arch. f. D. u S.* 1894.)
— Syphilis. Wien 1896.
Pawlow, Materialien zur Pathologie d. Syphilis. (*Botkins Hosplstg.* 1897.)
Petters, Das breite Condylom. (*Arch. f. Derm. u. Syph.* IV.)
Renault, Considération relatives à la syphil. pigmentaire. (*La sem. méd.* 1891.)
Rieger, Über Schanker, Chancroid u. ihre Metamorphosen. (*Arch. f. D. u. S.* 1881.)
Rille, Maculae caeruleae (Taches bleues) e pediculis pubis. (Ärztl. Ges. Innsbr. 1899.)
Rosenthal, Erytheme bei Syphilis. (Festschr. f. Lewin. 1895.)
Sabouraud, Essai critique sur l'étiologie de l'eczéma. (*Ann. de D. et de S.* 1899.)
— Etude clinique et bactériologique de l'impetigo. (*Ann. de D. et de S.* 1900.)
Songer, Pathol.-anatom. Studien der Nasensyphilis. (*Arch. f. Derm. u. Syph.* 1878.)
Sorrentino, Richerche istologiche sulla syph. intestin. (*La riforma med.* 1890.)
Ssudakiewitsch, Riesenzellen und elastische Fasern. (*Virch. Arch.* 115.)
Staniale, Contributo experimentale all. studio del mollusco contagioso di Bateman. (*Giorn. internas. d. sc. med.* 1890.)
Stilling, Über d. syphil. Osteochondritis d. Neugeborenen. (*Virch. Arch.* 88.)
Szadek, Ein Fall von Leucoderma syphil. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1885.)
Taylor, The pigmentary syphilide. (*New York med. Journ.* 1893.)
Thibierge, Les lésions artérielles de la syphilis. (*Gaz. des hôp.* 1889.)
Tommasoli, Der Syphilismus. (*Monatsh. f. prakt. Derm.* 1899.)
— und Unna, Neue Studien über Syphilide. (*Derm. Studien.* 1890.)
Unna, Über die Excision des harten Schankers. (Hamb. Gesch. 1878.)
— Zur Anatomie der syphilit. Initialsklerose. (*Arch. f. Derm. u. Syph.* 1878.)
— Neurosyphilide und Neurolepride. (*Derm. Studien.* II.)
— Protoplasmafärbung. (*Monatsh. f. prakt. Derm.* XIX.)
— Epithelprotoplasma. (*Monatsh. f. prakt. Derm.* XIX.)
— Syphilis und Eczema seborrhoicum. (*Monatsh. f. prakt. Derm.* 1888.)
— Histopathologie der Hautkrankheiten. Berlin 1894.
Vajda, Beiträge zur Anatomie der syphilitischen Papeln der Geschlechtsteile. (*Arch. f. Derm. u. Syph.* 1876.)
— Über die syphil. Affektion d. Lymphdrüsen. (*Arch. f. Derm. u. Syph.* 1875.)
Vallas, Über fibrinöse oder hyaline Degeneration im Tuberkel und Gumma. (*Virch. Arch.* 89.)
Wendeler, Zur Histologie der syphil. Erkrankung der Hirnarterien. (*Dtsch. Arch. f. klin. Med.* 55.)
Winkler, Über eigentümliche spezifisch färbbare Gebilde in syphilitischen Produkten. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1897.)
Virchow, Über d. Natur d. konstitutionellen syphil. Affektionen. (*Virch. Arch.* 1858, 15.)
Ziemssen, Spezielle Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten. Leipzig 1883.

Aus der Praxis.

Zur Therapie der Epididymitis sympathica et blennorrhoica.

Von

Dr. Friedr. Westberg-Hamburg.

In der uns (Bd. XXXIII der *Monatsh. f. prakt. Derm.*, No. 1, S. 9) von Porosz-Budapest gebrachten Abhandlung über Epididymitis sympathica et blennorrhoica möchte ich zu Punkt 3 der **Therapie** aus meiner Erfahrung, die wohl auch von anderen Praktikern geteilt wird, ergänzend folgendes hinzufügen:

Es empfiehlt sich im subakuten Stadium ganz kleine Dosen eines Jodpräparates (also etwa 1—1,5 Jodkalium pro die) innerlich längere Zeit hindurch zu geben; die Schwellung geht dann, wohl entsprechend dem sich resorbierenden entzündlichen Exsudat, schneller und vollständiger zurück, welch letzter Punkt sich klinisch dadurch dokumentiert, dafs sich auf diese Weise die sonst so oft zurückbleibenden circumscripten, bindegewebig verdickten Stellen an Hoden, Nebenhoden oder Samenstrang am ehesten vermeiden lassen. „Längere Zeit hindurch" will sagen 4—6 Wochen resp. so lange bis das ganze, befallen gewesene Gebiet die normale Gröfse und Konsistenz wieder angenommen hat.

Da aber andererseits die innerliche Verabreichung von Jodkalium etc. leicht den Katarrh der Schleimhäute verstärkt, so ist es nicht geraten, mit dieser Medikation zu früh anzufangen, d. h. also womöglich erst dann, wenn der Katarrh der Urethra auf ein Minimum reduziert ist. Eine Analogie zu diesem therapeutischen Vorgehen finden wir so oft in der Medikation da, wo es sich um Resorption von entzündlichen Exsudaten oder Schwarten- und Schwielenbildungen handelt, so dafs wir darauf hier nicht weiter einzugehen brauchen.

Fachzeitschriften.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1901. Heft 7.

Drei Fälle von Ulcus rodens, nebst klinischen, histologischen und therapeutischen Bemerkungen, von Carle - Lyon. Aus dieser Abhandlung verdienen zwei Bemerkungen hervorgehoben zu werden. Verfasser vertritt den Standpunkt, daſs das Ulcus rodens von sämtlichen Elementen der Haut seinen Ausgang nehmen könne und er ist im Gegensatz zu Dangerfield der Ansicht, daſs man die Neubildung im Beginn, so lange sie noch klein ist, mit dem Messer ausschneiden solle; ist sie aber erst gewachsen, so muſs man zur Kauterisation greifen. In einem seiner Fälle hat ihm folgendes Verfahren zu schnellem Erfolg verholfen: Zuerst Auskratzung der ganzen Geschwulstfläche, alsdann Verband mit folgender Lösung:

Acid. arsenic.	1,0
Spirit. vin.	
Aq. dest.	ad 75,0.

Dieser Verband bleibt 4—5 Tage liegen und alsdann wird mit obiger Lösung, die durch Verminderung von Alkohol und Wasser allmählich verstärkt wird, gepinselt.

Ein Fall von Lichen planus der Nägel, von W. Dubreuilh. Ein solcher Fall ist bisher noch nicht veröffentlicht. Neben ausgesprochenem Lichen planus der Haut hatte der 50jährige Patient auch eigentümliche Veränderungen der Nägel. Dieselben zeigten ganz feine parallele Längsstreifen von je kaum 1 mm Breite, beträchtliche Tiefe und lagen dicht nebeneinander. Die Nageloberfläche bot den Anblick von Onychorhexis. Die Nägel selber waren brüchig, in der Form aber unverändert. Unter Arsenbehandlung besserten sich alle Erscheinungen, auch die Nägel erlangten fast wieder ihr normales Aussehen. *Türkheim-Hamburg.*

Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.

Band 19. Mai 1901.

I. Ein Fall von Lichen planus annularis, von M. F. Engmann - St. Louis. Der Fall betrifft einen 66 Jahre alten Schiffszimmermann, dessen Hautleiden vor etwa sieben Monaten mit roten, juckenden Knötchen am linken Handgelenk begann und sich allmählich über den Körper ausdehnte. Gegenwärtig ist der Ausschlag unregelmäſsig symmetrisch verteilt über die Vorderarme, sowohl Streck- wie Beugeseite, über Unterschenkel, Oberschenkel, Rücken, Abdomen, Skrotum und Penis und charakterisiert sich durch: 1. flache Papeln; 2. Plaques, welche sich aus diesen Papeln zusammensetzen; 3. kleine Ringe von $^1/_8$—$1^1/_4$ Zoll Durchmesser; 4. groſse Ringe von 2—4 Zoll Durchmesser; 5. gyrierte, psoriasisartige Bezirke, welche durch Konfluenz groſser Ringe oder Plaques durch zentrale Involution und peripherisches Weiterschreiten entstehen; 6. eigentümliche Häutchen-Efflorescenzen. Diese letzteren entwickeln sich als kleine, schlappe Blasen, in denen die Flüssigkeit nach kurzer Zeit aufgesaugt wird oder entschlüpft mit Hinterlassung eines geschrumpften milchweiſsen Häutchens.

Der Verfasser beschreibt im folgenden ausführlich das Aussehen und die Beschaffenheit der verschiedenen, eben erwähnten Efflorescenzen. In ätiologischer Beziehung von Interesse ist, daſs der Patient auch auſserhalb seiner Thätigkeit, selbst bei kühlem

Wetter stark schwitzte. Die histologische Untersuchung ergab, abgesehen von einigen Besonderheiten, die für Lichen planus charakteristischen anatomischen Veränderungen, die sich mit den Befunden anderen Autoren, namentlich, was die annuläre Form betrifft, mit denen Unnas deckten.

II. **Das Quecksilber in der Behandlung des Lichen planus**, von Th. G. Lusk-New York. Verfasser hat nach dem Vorgange von Livbing 11 Patienten mit innerlichen Gaben von Quecksilber, und zwar dreimal täglich 4—5 mg Sublimat in Tinktura Gentianae behandelt und so ausgezeichnete Resultate erzielt, dafs er nicht ansteht, den Lichen planus für eine syphilitische Manifestation anzusehen und als Spezifikum dagegen das Quecksilber auf das wärmste zu empfehlen. Äufserlich unterstützt die Unnasche Lichensalbe die innere Therapie.

III. **Condylomata acuminata linguae oder venerische Warzen der Zunge**, von M. L. Heidingsfeld - Cincinnati. Verfasser beschreibt einen Fall bei einer 24 jährigen Puella publica, die wegen Herpes tonsurans vesiculosus an der linken Wange und am Halse die Poliklinik aufgesucht hatte. Die Anamnese ergab, dafs die Patientin sich vor zwei Jahren syphilitisch infiziert und ein makulöses Exanthema und Plaques muqueuses in der Mund- und Rachenhöhle gehabt hatte. Bei der Untersuchung zeigte die Patientin in der Mitte der Zungenoberfläche nahe den Papillae circumvallatae ein eigentümliches, warziges, scharfumschriebenes, rosenrotes, weiches, glänzendes Gewächs von der papillomatösen oder blumenkohlartigen Beschaffenheit der sonstigen Condylomata acuminata. Aufserdem waren auf der Zungenspitze einige kleine isolierte Gewächse sichtbar. Das gröfsere bestand seit drei Wochen und hatte ursprünglich die Form der isolierten Papeln auf der Zungenspitze.

Die weitere Untersuchung der Patientin ergab die Anwesenheit von Condylomata derselben blumenkohlartigen Beschaffenheit an beiden Labia majora. Da die Patientin einen perversen Coitus leugnet, so bleibt die Ätiologie der Condylome auf der Zunge dunkel.

Zuweilen kommen auch Warzen oder Papillomata nicht venerischer Natur auf der Schleimhaut der Mundhöhle vor.

Der Verfasser beschreibt die histologische Struktur der von der Zunge entfernten Warze und rekapituliert nach einem Rückblick auf die einschlägige Litteratur seine Betrachtungen in folgenden Schlufssätzen:

1. Extragenitale Condylomata acuminata entsprechen in ihrem klinischen, wie histologischen Bilde ganz den Condylomata acuminata an den Genitalien.

2. Die wesentlichste pathologische Veränderung ist eine Akanthosis.

3. Das Bindegewebe ist absolut vermehrt. Die Hypertrophie der Papillen ist eine aktive, keine passive.

4. Die sogenannte „epitheliale Fibrillation" ist ein normaler Prozefs, „der in einer Hypertrophie und Überfärbung der Stachelfortsätze besteht."

IV. **Diverticulum der Blase, begleitet von persistierender Bakteriurie**, von G. K. Swinburne. Der 39 jährige Patient hatte den Verfasser vor drei Jahren wegen Harndranges und Schmerzen beim Urinieren konsultiert. Der Urin war wolkig, trübe, eitrig und konnte spontan nur teilweise entleert werden.

In der letzten Zeit war einige Male Retention eingetreten, die zur Anwendung eines Katheters zwang. Die Untersuchung hatte eine Striktur der hintern Harnröhre und eine Vergröfserung der Prostata ergeben. Der Patient wurde mit Massage, Irrigation und Dilatation, innerlich mit Uretropin behandelt. Trotzdem er das letztere zwei Jahre nahm, wurde der Urin nicht klar, während alle andern Erscheinungen sich wesentlich besserten. Der Urin wies keinen Eiter, wohl aber nahezu eine Reinkultur des Colonbacillus auf. Die Untersuchung mittelst des Nitzeschen Cystoskope stellte

ein Blasendivertikel einen Zoll über und etwas links von dem linken Ureter fest. Im übrigen erwiesen sich Blase und Ureteren als normal. Die Thatsache, daſs ein Katheter nur 1/4 Zoll in das Diverticulum hineingeht, läſst das Vorhandensein eines Steines in demselben vermuten.

V. **Ein Fall von Varicellen bei einem neugeborenen Kinde**, von Joseph Grindon - St. Louis. Der Verfasser sah ein voll ausgetragenes, gut gebautes, sonst gesundes Kind sieben Stunden nach der Geburt desselben. Es zeigte im Gesicht, am linken Oberarm und Gesäſs einige Efflorescenzen, welche zwar keine auffallende, so doch sicherlich Ähnlichkeit mit Varicellen hatten. Da Syphilis ausgeschlossen werden konnte, da die Mutter und drei Kinder kurz zuvor Varicellen durchgemacht hatten und stellenweise noch Spuren derselben aufwiesen, so ist die Annahme, daſs es sich um Varicellen in utero handle, gerechtfertigt.

Juni 1901.

I. **Therapeutische Notizen über Schwefelcrême, Gänsefett und rohes Petroleum**, von G. T. Jackson - New York. Verfasser empfiehlt gegen die Pityriasis capitis einen von den Drogisten Daggett & Ramsdell bereiteten Schwefelcrême oder, wie er diesen benennt, das Unguentum petrolatum nach folgender Formel:

℞ *Cerae alb.*
Sulfur. praecipitat. ää 7,5
Olei petrolati 60,00
Ag. rosarum 30,00
Natrii biborac. 1,00.

Die Salbe ist sehr haltbar und kann überall da gebraucht werden, wo eine Schwefelsalbe notwendig ist.

Neuerdings bedient sich Verfasser des Gänsefettes als eines Excipiens. Besonders wertvoll fand er es bei der Behandlnng des Herpes tonsurans jeder Art. Zu diesem Zwecke werden 2—4 Gramm Jodkrystalle in 30 Gramm Gänsefett gut verrieben. Die Salbe wird dann mit einem Borsenpinsel gründlich in die erkrankten Partien eingerieben. Die Behandlung ist allerdings, wie Verfasser nicht verkennt, sehr teuer, wenn man die notwendige gute Qualität des Gänsefettes erlangen will.

II. **Eine Modifikation von Cocks Methode der Urethrotomia externa**, von P. R. Bolton - New York. In Fällen von undurchgängiger Striktur ist die Ausführung der perinealen Urethrotomie ohne führende Sonde in der Urethra eine schwierige Sache. Die Schwierigkeit liegt darin, den hinteren Urethralkanal bis zum Punkte der Striktur aufzufinden. Zur Beseitigung der Schwierigkeit sind mehrere Methoden im Gebrauch: 1. Die Retrokatheterisation durch den suprapubikalen Blasenschnitt. 2. Die Methoden der Urethrotomia externa nach Wheelhouse und Cock.

Verfasser beschreibt nun eine Methode, welche ihn in den Stand setzt, die perineale Urethrotomia ohne leitende Sonde auszuführen.

III. **Ein Fall von Prostatectomie**, von James Bell - Montreal. Ein 72 jähriger Greis klagte über Schmerzen in der Blasengegend und im Penis, starken Harndrang, erschwertes Urinieren, Harnträufeln und Rückenschmerzen. Die Beschwerden begannen vor zehn Jahren und führten schliefslich einige Male zu vollständiger Retentio urinae, so daſs der Arzt mit dem Katheter den Urin ablassen mufste.

Bei der Untersuchung fand sich der linke Testikel vollständig atrophiert, die Pars prostatica urethrae verlängert. Per rectum wurde eine mäfsige Vergröfserung der Prostata konstatiert. Der Patient entschlofs sich erst, nachdem die täglich zweimal vorgenommene Katheterisation keine Erleichterung brachte, zur Operation. In Äthernarkose wurde die suprapubikale Cystotomie gemacht, und eine Vergröfserung eines

Theiles des linken Prostatalappens festgestellt. Die vergrößerte wurde enukleirt. Sie wog 17 Gramm und zeigte eine fibro-adenomatöse Beschaffenheit. Die Wunde verheilte gut, und der Patient wurde dauernd von seinen Beschwerden befreit.

IV. **Multiples, knotiges Melanocarcinom der Haut,** von A. Ravogli - Cincinnati. Ein 33 jährige Frau, Tochter hochbejahrter, gesunder Eltern, zeigte seit ihrer Geburt in der untern Sternalgegend einen etwa markstückgroßen dunkelpigmentirten Naevus der verrukösen Form. Derselbe blieb bis vor zwei Jahren stationär und verursachte keinerlei Beschwerden. Während der zweiten Schwangerschaft begann er zu wachsen, in der Mitte zu ulcerieren und zeitweilig zu bluten. Sechs Monate später traten um den ursprünglichen Naevus mehrere schwarze, runde Knoten, welche den ersteren an Größe übertrafen. Die ganze befallene Partie wurde von einem Arzte excidiert. Die Wunde heilte nur langsam. Zwei Monate darauf entwickelten sich um die Narbe der operirten Partie dunkelbraune, stecknadelkopfgroße Knoten, die im weiteren Verlaufe an Zahl und Größe zunahmen, stellenweise zu einem größeren Plaque konfluierten. Die jungen Knoten sind weich, elastisch, transparent, dunkelbraun; sie wachsen dann, nehmen eine schwarze Farbe an, verschwinden allmählich mit Hinterlassung eines schwarzen, runzeligen Fleckens. Gegenwärtig ist keine Schwellung, keine Neigung zur Ulceration vorhanden. Die subjektiven Symptome bestehen in einem schmerzhaften Juckreiz, der die Patientin am Schlafen hindert und sie nervös gemacht hat. Ein Knoten wurde excidiert und mikroskopisch untersucht. Im folgendem wird das Resultat ausführlich mitgeteilt. Die Befunde deuten klar auf die carcinomatöse Natur der Geschwulst hin. Das Bindgewebe der befallenen Partien zeigte sich odematös und hypertrophisch und durchsetzt von großen, pigmentierten, dunkelbraunen, runden oder zylindrischen epithelioiden Zellen und Zellnestern. Auch Teile der Epitheldecke waren augenscheinlich in Epithelnester umgewandelt. Im Ganzen bot sich dem Untersuchenden das histologische Bild des kleinalveolären Carcinoms dar, wie es Unna beschrieben hat.

Das melanotische Pigment, das beim Naevus nur in der Epidermis vorkommt und ins Bindegewebe nicht eindringt, sieht man hier in einigen Präparaten vermehrt und sich in Massen von freien braunen Körnchen ausbreiten. In anderen Präparaten sind die Pigmentmassen bereits unregelmäßig zwischen dem Bindegewebe verteilt, und zwar an Stellen, wo die Vascularisation am stärksten ist. Dies zeigt, daß das Pigment mit Blut versorgt wird und frei im Gewebe liegt. Es besteht aus kleinen gelbbraunen Körnchen. Stellenweise ist es frei, nicht selten jedoch absorbiert von epithelioiden Zellen, welche dunkel, bisweilen schwarz aussehen. Um die Alveolen des Carcinoms findet man runde Zellen, kleine das Stroma infiltrirende Leukocyten. Verfasser fand auch die eigentümlichen runden Körper, welche von einigen Autoren als Protozoen und als die Urheber des Carcinoms angesehen worden sind. Er hält sie jedoch für nichts anderes, als für Kerne inmitten einer großen Zelle, welche Pigment in ihr Protoplasma aufnimmt. Sehr eingehend bespricht Verfasser die Frage, ob die Geschwülste, welche aus den Naevis hervorgehen, carcinomatöser oder sarkomatöser Natur seien. Er glaubt auf Grund seiner Beobachtungen Unnas Ansichten von den Naevocarcinomen der Haut vollständig beipflichten zu müssen.

In therapeutischer Hinsicht gilt als erster Grundsatz, derartige Geschwülste, die eine große Tendenz zur Metastasenbildung zeigen, nicht zu operieren.

Juli 1901.

I. **Das Sarkom und die sarkoiden Geschwülste der Haut,** von J. C. Johnston. (Siehe Referat Seite 239).

II. **Ein Fall von gummösen Ulcus der Blase,** von G. Mc Gowan - Kalifornien. In der Krankengeschichte des vom Verfasser mitgeteilten Falles, der einen

37jährigen Mann betraf, werden als bemerkenswerte, interessante Punkte hervorgehoben:

1. Das sehr verspätete Auftreten der syphilitischen Erscheinungen, ihr ungewöhnlicher leichter, aber doch persisterender Charakter.

2. Die schleichend auftretende Retentio urinae ohne organische Obstruktion, ohne Rückenmarksläsionen und wirklich atrophische Veränderungen des Detrusor oder entzündlichen Spasmus der Blasensphinkteren.

3. Das Auftreten einer bedeutenden gummösen Infiltration der Blasenwand und die nachfolgende Ulceration derselben.

4. Das Auftreten eines Prostata- und Samenbläschenabscesses auf der dem Ulcus gegenüberliegenden Seite.

5. Das ausgezeichnete Heilresultat, das erzielt wurde durch die Sectio alta, Reinigung des Geschwürs durch die Curettage und teilweise Abtragung desselben mit der Schere, durch regelmäfsige Ausspülungen der Blase mit Sublimatlösung (0,01:1000), endlich durch eine Sublimatinjektions- und Jodkaliumkur.

III. **Untersuchungen des Urins bei Erkrankungen der Sexualorgane des Mannes,** von Louis Heitzmann - New York. Verfasser weist auf die grofse Bedeutung hin, welche mikroskopische Untersuchungen des Urins bei sexuellen Krankheiten des Mannes nicht nur für eine korrekte Diagnose in zweifelhaften Fällen, sondern vielfach auch für die Entdeckung mancher bis dahin nicht vermuteter krankhafter Zustände im Urogenitalsystem haben. Derartige Untersuchungen setzen aber die Kenntnis der histologischen Struktur des Genitalorgans und der mannigfaltigen Epithelien, welche dasselbe auskleiden, voraus. Der Verfasser giebt eine ausführliche, klare Beschreibung der Epithelien dieses oder jenes Organs und zeigt, wie das Auftreten derselben im Urin beispielsweise die Lokalisation einer Entzündung der Prostata, der Samenbläschen erkennen läfst. (N. B.! Schade, dafs der Verfasser seinen praktisch wichtigen Ausführungen nicht einige kolorierte Bilder seiner mikroskopischen Präparate beigefügt hat. Er hätte damit eine Lücke ausgefüllt, welche uns selbst in sonst guten Lehrbüchern aufgefallen ist. Wenige prägnante Illustrationen nützen oft mehr, als lange Beschreibungen. Ref.)

IV. **Inversion der Tunica vaginalis wegen Hydrocele,** von R. H. Gaenn - New York. Nach einem kurzen Rückblick auf die einschlägige Litteratur rekapituliert der Verfasser Winkelmanns Beschreibung der Inversion der Tunica vaginalis (*Centralbl. f. Chir.* 1898 No. 44.) und zieht aus seinen Beobachtungen folgende Schlüsse:

1. Die Inversion der Tunica vaginalis ist eine leicht ausführbare Operation, welche, wie es scheint, in der Mehrzahl der Fälle von einer dauernden Heilung der Hydrocele begleitet ist.

2. Der Vorzug der Operation liegt darin, dafs sie keine Neuralgie des Testikels zur Folge hat, wie dies häufig bei andern Methoden der Fall ist.

3. Da jedoch die Operation eine Atrophie des Testikels oder Veränderungen in der Funktion dieses Organs verursachen kann, so wird man noch weitere kasuistische Beiträge abwarten müssen, ehe man ein definitives Urteil über den Wert der Methode fällt.

August 1901.

I. **Ein Fall von Dermatitis herpetiformis pustulosa,** von P. Loth - St. Louis. Die Affektion bei dem 27jährigen, verheirateten Patienten begann im März dieses Jahres mit heftigem Jucken am ganzen Körper. Der Juckparoxysmus dauerte 2 Stunden. Fast gleichzeitig schossen an den befallenen Partien hellrote Flecken hervor, welche innerhalb von zwei Tagen sich zu Blasen umwandelten. Neue Efflorescenzen kamen, während die älteren Blasen eintrockneten oder barsten und einen

Inhalt entleerten, welcher zu dicken, gelblichgrünen Krusten eintrocknete. Gewöhnlich war das Auftreten neuer Efflorescenzen von beträchtlichem Juckreiz begleitet, die älteren dagegen verursachten eher einen brennenden, sehr intensiven Schmerz. Andere subjektive Symptome sind nicht vorhanden. Von dem Ausschlage ist der ganze Körper mit Ausnahme der Hände, Füfse und des Gesichts befallen. Die Inguinal- und Axillardrüsen sind vergröfsert. Der Ausschlag besteht aus Pusteln, vesico-pustulösen und pustulo-bullösen Efflorescenzen. Die Primärläsion scheint eine kleine Vesicopustel auf entzündlicher Basis zu sein.

Die mikroskopische Untersuchung des Bläscheninhaltes ergab Massen von Leukocyten und eosinophilen Zellen. Letztere wurden in grofser Menge auch im Blute vorgefunden, während die roten Blutkörperchen an Zahl, Gröfse und Gestalt normal waren.

Überimpfungen des Pustelinhaltes auf verschiedene Medien ergaben nach 48 Stunden Reinkulturen von Staphylokokken.

Die histologische Untersuchung einer der jüngsten excidierten Efflorescenz ergab Befunde, die sich mit denen Lereddes, Fordyces, Wendes und Peases deckten. Nach diesen Autoren nimmt der pathologische Prozefs im Rete seinen Anfang.

Unter der Behandlung mit Solutio arsenicosi Fowleri trat eine auffallende Besserung ein.

Was die Ätiologie betrifft, so dürften im vorliegenden Falle nervöse Einflüsse eine Rolle spielen, oder, da sich im Urin des Patienten andauernd Indikan und Oxalate vorfanden, so ist nicht ausgeschlossen, dafs irgend ein Toxin zuerst auf das Nervensystem und dann auf die Haut eingewirkt hat.

II. **Antrittsrede des Vorsitzenden der Jahresversammlung der amerikanischen dermatologischen Gesellschaft, abgehalten in Chicago im Juni 1901,** von F. J. Shepherd-Montreal. Der Redner wirft einen Rückblick auf das verflossene Jahrhundert und auf die Fortschritte, welche die Dermatologie in dieser Zeit gemacht hat. Er giebt ein anschauliches Bild von den Kenntnissen, welche vor hundert und mehr Jahren die Ärzte über das Wesen und die Ursachen der Hautkrankheiten besessen haben. *C. Berliner-Aachen.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Akute Exantheme.

Variola in Stalybridge. (*Brit. med. Journ.* 18. Aug. 1900.) Die Pocken sind dorthin durch einen englischen Arbeiter, welcher mit der Krankheit behaftet aus Rufsland nach Stalybridge kam, eingeschleppt worden. Seine dreitägige Reise von Moskau über Warschau, Berlin, Vlissingen, London, Manchester nach Stalybridge hatte die Erkrankung von 19 Leuten zur Folge, die sämtlich auf dieselbe Quelle zurückgeführt werden konnten. Im übrigen blieben die Pocken dank der energischsten Mafsregeln auf diese Fälle beschränkt. 5 derselben, darunter 4 nicht vaccinierte Kinder und der obenerwähnte Arbeiter, der ebenfalls von einer Impfung in seinem Leben nichts erfahren hatte und an den schweren, hämorrhagischen und konfluierenden Pocken erkrankt war, starben. *C. Berliner-Aachen.*

Kurze Betrachtungen über einige Fälle von Variola, von Trinci. (*Rivista critica di Clinica Medica.* 1901. No. 14.) Verfasser ist der Ansicht, dafs die in der Inkubationsperiode ausgeführte Impfung einen wohlthätigen Einfluſs auf den Verlauf der Variola auszuüben im stande ist, indem sie die Entwickelung der Eruption aufzuhalten und den Ausbruch schwerer Allgemeinerscheinungen zu verhindern vermag.

C. Müller-Genf.

Mikrobiologische Untersuchungen über Variola, von H. Roger und Emile Weil-Paris. (*Presse méd.* 1900. No. 96—98.) Die Verfasser haben auch im Blute jene kleinen rundlichen oder ovalen, 1—3 Mikren messenden, durchschnittlich 1,75 Mikren groſsen, stark tingiblen Elemente gefunden, die schon früher im Eiter von Variolapusteln neben den Leukocyten gefunden worden sind. Bei Varioloiden kann man sie nur mit Mühe entdecken. Am häufigsten sind sie bei schweren Blatternfällen, besonders reichlich bei hämorrhagischer Variola zu finden, wo 5—6 solcher Elemente auf jedes einzelne Präparat entfallen. Auch bei Überimpfung der Variola auf Kaninchen fanden Weil und Roger diese Körperchen, von denen einzelne Autoren geglaubt haben, dafs sie den Variolaparasiten entsprächen, welche aber allgemein als Kernzerfallsprodukte gelten. Ganz im Gegenteil glauben nun die Verfasser, doch in beschriebenen Elementen möglicherweise die Variolaerreger vor sich zu haben. Sie haben von Kaninchen, die mit Blattern geimpft wurden, diese Körperchen gezüchtet und wollen in mehrfachen Kulturen dieselben immer virulent, d. h. die typischen klinischen Symptome erzeugend, gefunden haben. Sie rechnen sie zur Klasse der Protozoen, und zwar der Sporozoen. Neuerdings sind die Verfasser dabei, zur Kontrolle derartig mit den Kulturen geimpfter Tiere, mit Vaccine zu impfen. Die Resultate davon stehen noch aus.

Hopf-Dresden.

Das ätiologische Agens der Variola und der Vaccine, von Funck. (*Semaine médicale.* 1901. No. 8.) Nach den neuesten Untersuchungen von Funck-Brüssel ist die Variola keine mikrobische Affektion; diese verdankt vielmehr ihre Entstehung einem Protozoon, dem Sporidium vaccinale, welches bei Tieren, denen es inokuliert wird, alle Erscheinungen der Vaccine hervorruft und sie gegenüber späteren Vaccineinokulationen immunisiert. Die Variolapustel enthält ein dem Sporidium vaccinale ähnliches Protozoen. Hierauf gestützt, nimmt Verfasser an, dafs die Parasiten der Variola und der Vaccine identisch sind.

C. Müller-Genf.

Die Leukocytose bei der Variola, von Courmont und Montagard. (*Journal de Physiol.* 1900. S. 558.) Eine solche ist immer vorhanden, und zwar kann sie bereits in der Periode des „Rash" bestehen; sie nimmt dann stets im Beginne der Pustelbildung zu, um progressiv abzunehmen und langsam längere Zeit nach dem Abfall der Krusten normale Verhältnisse anzunehmen. Eine Zunahme findet in der Rekonvalescenzperiode statt, wenn sich eitrige Komplikationen einstellen (Furunkel, sekundäre Abscesse). Die an Zahl vermehrten Leukocyten sind bei der Variola stets einkernig und die mehrkernigen sind immer seltener, als unter normalen Verhältnissen. Umgekehrt nehmen die polynukleären Leukocyten bedeutend zu bei eitrigen Komplikationen, die sich nicht auf die Pustelbildung beziehen, also bei Auftreten von Furunkeln etc. Polynukleose kann ferner bei gleichzeitigem Bestehen von Tuberkulose beobachtet werden. Das Verhalten des Blutes in Bezug auf seinen Gehalt an ein- oder mehrkernigen Leukocyten kann somit zur Diagnose verwertet werden, indem in zweifelhaften Fällen das Bestehen einer Mononukleose zu Gunsten einer Variola spricht, während man das Vorhandensein von Komplikationen oder das Bestehen einer anderen Affektion annehmen kann, wenn man eine Polynukleose konstatiert hat.

Die Pustelbildung kann deshalb nicht als eine sekundäre Infektion der Bläschen durch die Eitererreger des Blutes betrachtet werden, sondern sie stellt einen der Variola eigenen Prozefs dar. *C. Müller-Genf.*

Die Prophylaxe der Variola mufs nicht in der obligatorischen Impfung gesucht werden, von Faggioli. (*La Semana médica.* 1901. No. 1.) In Anbetracht des Umstandes, dafs sich die Vaccination nicht selten mit schweren Komplikationen vereinigt (Erysipel, Gangrän, Nephritis etc. etc.) und andererseits die Variola (nach seinen Erfahrungen) selten einen gefährlichen Verlauf zeigt, möchte Verfasser die Impfung nur auf die Zeiten ausnahmsweise schwerer Epidemien beschränkt wissen und rät dagegen ihre Anwendung bei Pest, Cholera, Typhus. Es genügt nach der Ansicht des Verfassers vollständig, die an Variola Erkrankten zu isolieren.

C. Müller-Genf.

Zur Behandlung der Pocken mit rotem Licht nebst einigen Bemerkungen über forcierte Vaccination, von Engel-Kairo. (*Ther. d. Gegenw.* März 1901.) E. bespricht die Behandlung, welche er bei der Pockenepidemie 1900 in Kairo an einer Anzahl mehr oder weniger schwerer Fälle angewandt hat. Er hält die Anwendung der Finsenschen Methode mit rotem Licht für zwar nicht besonders lebensrettend, jedoch nützlich, sie erleichtert und verbessert die Pockenbehandlung in Bezug auf den kosmetischen Effekt, indem sie unbedeutende Narben schafft und entschieden günstig auf die Efflorescenzen der Haut wirkt, während sie auf die Erscheinungen der Schleimhäute des Rachens, der oberen Luftwege und des Auges leider wirkungslos ist. Auch bemerkte E., dafs in den Krankenzimmern der penetrante Geruch unter der Behandlung schnell schwand, und ebenso die Fliegen, welche die Kranken vorher stark belästigt hatten, wichen. Auch die forcierte Vaccination hat einen günstigen Einfluls auf die sekundäre Periode und mufs, da sie keinesfalls schädlich ist, immerhin, womöglich kombiniert mit der Finsenschen Methode, versucht werden. Die Mortalität bei seinen Patienten war zwar nur wenig geringer, der kosmetische Erfolg der Geheilten aber jedenfalls ein äufserst günstiger. Weitere Erfolge bleiben abzuwarten.

Bernhard Schulze-Kiel.

Die Behandlung der Variola mit Salol, von Ch. Begg. (*Brit. med. Journ.* 14. Juli 1900.) Der Verfasser macht einige Bemerkungen zu dem Aufsatze von Biernacki und Jones und empfiehlt seinerseits noch einmal auf das wärmste das Mittel. Von Wichtigkeit sei es, mit der Salolbehandlung so früh wie möglich zu beginnen, die Ärzte mit dieser Methode bekannt zu machen, sie zur Nachprüfung derselben und zur Mitteilung ihrer Resultate aufzufordern, endlich auch das Publikum einzuweihen und dazu anzuhalten, in allen Fällen rechtzeitig ärztliche Hülfe in Anspruch zu nehmen. Kontraindikationen gegen das Salol kenne er nicht, nur sei der Urin zu überwachen. *C. Berliner-Aachen.*

Die Behandlung der Variola. Verfasser ungenannt. (*Journ. d. pratic.* 1901. No. 1.) Mehrere Autoren empfehlen, bei Variola vom Beginn der Eruption an Äther 2,0 pro die innerlich oder subcutan), in gewissen Fällen aufserdem noch Liquor Ferri sesqui chlorati (20 Tropfen pro die) zu verabreichen; zudem erhält jeder Kranke und zwar von Anfang an täglich zwei Vollbäder von 30—34°. Bei Schwächezuständen des Herzens wird Coffein (innerlich oder subcutan) gegeben, Verwendung der Digitalis ist thunlichst zu vermeiden. Bei ausgesprochener Tendenz zu Hämorrhagien giebt man Secale cornutum, bezw. Ergotininjektionen. Um die Bildung häfslicher Narben möglichst zu vermeiden, empfiehlt es sich, einmal täglich ca. eine Minute lang folgende Lösung aufzusprayen: Sublimat, Acid. citric. ā 1,0, Alkokol (90%) 5,0, Äther ad 50,0:

nach der Applikation des Sprays wird Sublimatglycerinlösung (1,0 : 15,0) aufgestrichen. Ein anderer Autor empfiehlt zuerst eine Salolsalbe (Salol 1,5, Vaselin 20,0) aufzulegen und dann mit einem aus Salol, Talk und Amylum zu gleichen Teilen bestehenden Puder einzupudern. Statt dessen kann man die Pusteln auch zweimal täglich mit Stereaol oder mit folgender Lösung einpinseln: Gummi Lack pulverat. 60,0, Balsam. tolutan. 5,0, Thymol 1,5, Alkohol (90%) 50,0, Aether sulfur. 100,0. Die durch Pusteln im Pharynx bewirkten Schmerzen werden gelindert durch lokale Applikation folgender Lösung: Ol. Amygdal. 15,0, Aq. Laurocer. 5,0, Chinin. mur. 0,3, Cocain. mur. 1,0.

Götz-München.

Calciumchlorür in der Behandlung der Variola haemorrhagica, von Rocha. (*Presse méd.* 1901. No. 4.) Verfasser hat das Calciumchlorür bei hämorrhagischer Variola probiert, indem er von der Erwägung ausging, dafs die Calciumsalze eine Rolle in der Blutgerinnung spielen. Die Erfolge in der Behandlung der hämorrhagischen Blattern waren sehr befriedigende, alle Erscheinungen besserten sich nach Zeit und die Prognose wurde wieder günstiger. Da das Mittel in Lösung schlecht schmeckt, soll man es in Pfeffermünzwasser geben, 5 g zu 100 g Aqua Menthae und 400 g Syrup. Pro Tag reiche man 0,2—1,0 g des Calciumchlorürs als Prophylacticum, steige aber, wo es gilt Blutungen aufzuhalten, ohne Bedenken bis auf 4 g. Ein ungeimpftes variolöses Kind von 1 Jahre erholte sich von den hämorrhagischen Blattern nach einer Dose von 1,5 g Calciumchlorür. Alle diese Dosen gelten für das Mittel in krystallinischem Zustand. In wasserfreier Modifikation ist es viermal so stark in der Wirkung.

Hopf-Dresden.

Die Behandlung der Variola mit Salol, von J. Bernacki und P. N. Jones. (*Brit. med. Journ.* 2. Juni 1900.) Die Verfasser machen darauf aufmerksam, dafs bei der Nachprüfung nur solche Pockenfälle ein einwandsfreies Urteil über den therapeutischen Wert des Salols abgeben, welche nicht früher geimpft worden sind, da bei geimpften Pockenkranken auch ohne Salol der Verlauf ein sehr milder zu sein pflegt. — Immerhin wäre, wenn der Nutzen des Salols sich nur auf die Verhinderung des unerträglichen Juckreizes beschränkte, schon sehr viel gewonnen.

Die Verfasser teilen im folgenden die Krankengeschichte von 8 nicht geimpften Pockenfällen mit, bei denen Salol zur Anwendung kam.

Ihr Endurteil fassen sie dahin zusammen: Das Salol kann thatsächlich die allgemeine Pustulation abwenden und sogar nach Eintritt derselben eine abortive Wirkung ausüben. Aber der Einfluſs der Salolotherapie auf die Eiterung ist in seinem Grade nicht konstant. Sicher ist, dafs die Pustulation fast immer eine Hemmung erfährt, dafs die Pusteln sich langsamer und in geringerer Anzahl, als bei einer anderen Therapie, entwickeln, dafs die Hautentzündung schwach ist, der Juckreiz sogar in den konfluierenden Fällen und ebenso der unangenehme Geruch fehlt, dafs das Abfallen der Krusten rasch vor sich geht und die Narbenbildung unbedeutend und häufig gar nicht vorhanden ist. Am bemerkenswertesten ist jedoch die Wirkung auf das sekundäre Eiterungsfieber, das entweder vollständig fehlt oder gewöhnlich von geringer Bedeutung ist.

Die Resultate sind denen ähnlich, welche man bei der Behandlung mit rotem Licht erhält. Nur ist bei der Salolotherapie die Wirkung eine noch ekklatantere. Alles in allem mufs man sagen, dafs die Salolbehandlung der Pocken allen anderen bisher geübten Methoden überlegen ist.

C. Berliner-Aachen.

Ergebnisse der Schutzpockenimpfung im Königreiche Bayern im Jahre 1900, von L. Stumpf-München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1900. No. 50 und 51.)

Der vorliegende Bericht gleicht in seiner Anordnung und seinem Inhalt im wesentlichen den Berichten über die früheren Jahre. Erwähnenswert ist, dafs auch im Jahre 1899 zu Privatimpfungen Lymphe aus den verschiedensten Bezugsquellen verwendet wurde, dafs aber mit keiner dieser Lymphsorten auch nur annähernd so gute Resultate wie mit der Lymphe der bayerischen Centralimpfanstalt erzielt wurden. Bei öffentlichen Impfungen wurden mehrfach Weichardtsche Impfbestecke verwendet, fanden jedoch nur zum Teil Anerkennung; für kurzsichtige Impfärzte mögen die Weichardtschen Doppelmesser mit ihrer gegen das Gesicht des impfenden Arztes gerichteten Spitze sogar nicht ganz ungefährlich sein. Die billigen Sonnenckenschen Impffedern werden wenig gelobt. — Die von verschiedenen Impfärzten mitgeteilten Beobachtungen über einzelne infolge der Impfung oder im Anschlufs an dieselbe aufgetretenen Störungen bringen nichts Neues. *Götz-München.*

Eine klinische Betrachtung über die Impfung, von Fr. S. Fielder-New York. (*Med. News.* 1901. No. 13.) In dieser längeren Arbeit sind sowohl der normale Verlauf der Impfung wie all' die zahlreichen Nebenerscheinungen, die zuweilen vorkommen, der Reihe nach beschrieben. Es kommen in Betracht: 1. Vorzeitige und verspätete Blatternbildung (nach 10—14 Tagen), ersteres ist selten; 2. Abweichungen der Art des roten Saumes — derselbe kann von bläulich-purpurner Farbe und dunkelrot sein — und Erscheinungen von Allgemeininfektion (infolge von Mischinfektion); 3. Auftreten einer himbeerartigen Exrescenz anstatt der Pustel infolge geringer Virulenz des Impfstoffes und aus demselben Grunde Abortivbildung der Pustel. Vollständige Immunität gegen die Impfung hält F. für nicht möglich. Häufig kommen Hauteruptionen nach der Impfung vor, die häufigste ist ein masernähnlicher Ausschlag, ferner Erythema multiforme, Ekzema, von infektiösen Folgeerkrankungen das Erysipel, Impetigo contagiosa sehr selten, Tetanus und allgemeine Blatterneruption, welche letztere, einige Tage nach der Impfung auftretend, nach der Ansicht der meisten Autoren auf Selbstinokulation zurückzuführen ist. Die Immunität gegen Blatterninfektion wird ungefähr am 8.—10. Tage nach der Impfung erreicht, ist aber in ihrer Dauer aufserordentlich variabel, im Durchschnitt beträgt sie 5 Jahre. Bei wenigstens 4 Impfstellen ist das günstigste Resultat in dieser Beziehung zu erwarten — 9 Tabellen statistischer Daten geben näheren Aufschlufs über diese Resultate je nach der Anzahl der Impfstiche. Die Dauer der Immunität bei der Wieder- (zweiten) Impfung ist ebenfalls aufserordentlich verschieden und wahrscheinlich eine sehr kurze (2 Jahre und darunter) in einer gröfseren Anzahl von Fällen, als gewöhnlich angenommen wird; F. hält die Revaccination für ebenso wichtig, als die erste Impfung und deren systematische Durchführung für angezeigt. Bei herrschender Blatternepidemie sollte sie durchgeführt werden, selbst wenn die erste Impfung erst vor kurzem ausgeführt worden ist. Die Lymphe sollte jeden Monat, so lange sie verkauft wird, erneuter Prüfung unterzogen werden. Was nun Verfasser weiter über die Methoden der Impfung — beim weiblichen Geschlecht rät er allen Ernstes, aus kosmetischen Gründen, trotz der damit verbundenen Unzuträglichkeiten, die Impfung an den Oberschenkeln statt am Arme zu machen — und über die weitere Behandlung der Geimpften sagt, sind allgemein bekannte Dinge; einfach die Lymphe auf die skarifizierte Haut aufzutragen, sei nicht genügend, sondern sie mufs mit eingeritzt werden. Die Anwendung spezieller Bedeckungsmittel der Impfstellen bringt oft mehr Schaden — Maceration der Pusteln — als Nutzen. *Stern-München.*

In der Medizinischen Gesellschaft zu Göttingen (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1901. Nr. 12) brachte Palm **Beiträge zur Vaccination Schwangerer, Wöchnerinnen und Neugeborener.** Während einer kleinen Variolaepidemie in Göttingen wurden

zur Vorsicht die Insassen der Frauenklinik der Schutzimpfung unterworfen. An 92 Schwangeren und 70 Neugeborenen wurde die Impfung vorgenommen. In keinem Falle trat eine Störung im Verlauf der Gravidität ein, ebenso wurde der Wochenbettsverlauf durchaus nicht beeinträchtigt; auch die Neugeborenen überstanden die Impfung gut, nicht allein die kräftigen, sondern auch schwächliche Frühgeborene. Eine Immunisierung des Foetus durch die erfolgreiche Impfung der Mutter während der letzten Wochen der Schwangerschaft fand nicht statt. *F. Hahn-Bremen.*

Ein Fall von Auto-Vaccination, von G. H. Ormsby-Runcorn. (*Lancet.* 23. Febr. 1901.) Ein 45jähriger Mann, dessen Kind 8 Tage zuvor geimpft worden war, erkrankte mit heftiger Entzündung einer am rechten Auge auf der Wange gelegenen kleinen Wunde. Zeitweilig konnte man an septische Infektion denken. Heilung.
Philippi-Bad Salzschlirf.

Untersuchungen über die Dauer des Schutzes der Schutzpockenimpfung, von Ernst Pfeiffer jun.-Weimar. (*Vierteljahrsschr. f. pr. Med.* 1900. No. 3.) Den ersten Teil der Abhandlung nimmt eine vergleichende Statistik der Pockenfähigkeit der Menschheit in den Jahren 1800 und 1900 ein. Die Reciprocität der Variola ist, was grofse Gruppen der Bevölkerung betrifft, nur selten beschrieben worden. Im vorigen Jahrhundert war sie jedenfalls sehr gering, da 96—97% der Einwohnerschaft variolös wurden. Sobald die Zahl der Pockenfähigen durch Geburten wieder auf eine gewisse Höhe gekommen war, kehrten die Blatternepidemien wieder. Während 1797 bei einer Epidemie beim Beginn 11—13% Pockenfähige und am Schlufs 3—4% der Lebenden Pockenfähige existierten, so gab es 1872 bei der Chemnitzer Epidemie im Beginn nur 7—9% von Ungeimpften und am Schlufs 4,8% der ungeimpften Lebenden. Es besteht also eine Analogie im Verhältnis der Ungeblatterten des vorigen mit den Ungeimpften dieses Jahrhunderts. Weil die Pocken früher einen hauptsächlichen Vorrat von Ungeblatterten unter den Neugeborenen oder kleinen Kindern vorfanden, deshalb galten sie früher eben als Kinderkrankheit. Letzteres waren sie aber keineswegs in Ländern, welche vom Verkehr sehr entlegen waren (Island 1707, Paraguay [Lotz]). Die Pockenfähigkeit von heute unter den Geimpften und von damals am Ende grofser Epidemien ist für die ersten 10 Lebensjahre des Kindes als gleich hoch zu betrachten. Während aber heute dieser Standpunkt durch die unschuldige Impfung erreicht wird, mufste er damals mit tausenden von schweren und tötlichen Erkrankungen erkauft werden. Mehr gefährdet sind aber im Vergleich zu ehedem die Erwachsenen durch die allmähliche Abnahme der Immunisationskraft der Impfungen. Was das Kontagium der Blattern betrifft, so sind zwei Daten heute als feststehend anzusehen: 1. seit 1866 die schwarzen Chauveauschen Körperchen in Variola- und Vaccinelymphe, 2. seit 1892 die besondere Reaktion der Corneaepithelien auf Impfung mit Variola- oder Vaccinelymphe (Guarnieri-Pisa). Mit filtrierter Lymphe liefs sich diese spezifische Cornearеaktion nicht erzielen. Das Agens der Variola mufs also an das Epithel gebunden sein. Mit dem zahlreichen Erscheinen der Vaccinekörperchen beginnt die Immunität. Mit dem Blut und Milzsaft von fiebernden Impflingen läfst sich weiter impfen. Die Guarnierische Corneazellreaktion kann als differentialdiagnostisches Hülfsmittel gegenüber Varicellen dienen. (Schlufs folgt.)
Hopf-Dresden.

Über zwei Fälle von äufserst kurzer Dauer der Immunität gegen Schutzpockenimpfung berichtet Viannay. (*Lyon méd.* 1900. No. 41.) Der erste derselben betrifft eine Frau, welche das erste Mal in ihrer Kindheit, dann im Oktober 1899 und ein drittes Mal im Januar 1900 geimpft worden war; nur dieses letzte Mal war das Resultat ein positives, mit Ausbruch typischer Impfpusteln. Vier Monate nach

dieser letzten Impfung erkrankte sie an Variolois, welche gutartig verlief. Im zweiten Falle wurde zweimal mit Erfolg geimpft, einmal in der Kindheit, dann 20 Jahre später. Sechs Monate danach typische Variola. In beiden Fällen war die Infektionsquelle dieselbe. *C. Müller-Genf.*

Über ästhetische Impfung, von JEANNOZET. (*Rev. méd. de la Suisse romande.* 1900. No. 6.) Zur Vermeidung sichtbarer Narben hat Verfasser dieselben an anderen Körperstellen denn am Arme vorgenommen, und zwar in der Achselhöhle, Kniekehle, hinter den Malleolen und zuletzt an den Fußsohlen. Er ist zum Resultate gekommen, daß sich diese letztere Region am besten eignet, indem sich dort am leichtesten Verbände anbringen lassen, Komplikationen wie Erysipel, Phlegmonen, Adenitiden etc. am sichersten vermieden werden, die Narben vollständig verborgen bleiben und das Kind weiter gebadet werden kann, indem bloß die Füße außerhalb des Wassers gehalten zu werden brauchen. Natürlich ist die Methode so zu sagen nur bei Kindern anwendbar. *C. Müller-Genf.*

Die Methode der Herstellung des Blatternimpfstoffes im städtischen Impflaboratorium von New York, von J. H. HUDDLESTON-New York. (*Med. News.* 1901. No. 13.) Wie aus dieser Beschreibung ersichtlich, weicht die Art der animalen Lymphebereitung in New York in keiner Weise von der bei uns üblichen ab. Nachdem man sich nun allgemein von den Vorzügen des animalen Lymphstoffes überzeugt hat, werden auch hier gesunde Kälber verwandt, nach der Impfung getötet und ihre Organe auf allfallsige Krankheiten untersucht; von praktischer Wichtigkeit werden Tuberkulose und Hautkrankheiten angesehen werden, obwohl es nach H. noch nie erwiesen worden sei, daß eine Übertragung der ersteren durch die Impfung stattgefunden habe. Die Verwendung ausschließlich weiblicher Kälber ist deshalb empfehlenswert, weil sie ihren Urin hinter sich lassen und dadurch der Stall rein gehalten werden kann. Nach gehöriger Reinigung und horizontaler Lagerung des Tieres werden am hinteren Teil des Bauches und der inneren Lendenseite die Incisionen (nicht Skarifikationen) gemacht. Die Tiere werden sorgfältig gehalten, mit Milch gefüttert, Temperatur und Allgemeinzustand genau beobachtet und gewöhnlich am sechsten Tage, manchmal am fünften, seltener am siebenten, das Virus gesammelt. Dasselbe wird mit einer Mischung von 66% Glycerin und 33% Wasser versetzt. Da reines Glycerin einen antiseptischen Einfluß auf die Vaccineorganismen ausübt, so wird diese diluierte Lösung, welche das Virus nicht angreift, sondern nur die äußeren Keime tötet, gewählt; das Verhältnis von reiner Vaccine zu Glycerin und Wasser soll gewöhnlich 1 : 3 sein, je nach der Konsistenz der Pulpamasse kann es auch mehr oder weniger betragen. Stets wurde gefunden, daß das frische Virus und die frische Emulsion große Mengen von Saprophyten enthalten, welche jedoch zum großen Teil im Verlaufe weniger Wochen in der Emulsion absterben und auch bei längerer Persistenz nicht pathogenisch wirken. Im weiteren bringt die Arbeit nichts Erwähnenswertes. *Stern-München.*

Zur Impftechnik, von WEICHARDT-Altenburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1901. No. 10.) Der Verfasser empfiehlt zum Gebrauche bei öffentlichen Impfungen die verbesserten, ein- und zweischneidigen, unverrostbaren Weichardtschen Impfmesser aus Reinnickel; die mit diesen gesetzten Schrägschnittchen bluten in der Regel nicht und klaffen nicht. Sehr vorteilhaft ist es, sich einer Lymphemensur zu bedienen; mit Hülfe einer solchen kann man durch Probeimpfungen feststellen, welche Dosis einer Lymphsorte zu einem vollen Impferfolge erforderlich ist; dann wird jedes Impfmesser mit dieser Lymphmenge armiert. Die Weichardtschen Messer wie die Lymphemensuren werden von O. SEYFFART in Altenburg fabriziert. *Götz-München.*

Chronische Infektionskrankheiten.

a. *Lepra.*

Der Kampf gegen die Lepra in den englischen Kolonien, von E. Jeanselme-Paris. (*Presse méd.* 1901. No. 4.) Das grofse Geschick, welches den Engländern eigen ist, die eroberten Gebiete zweckmäfsig zu regieren und zu verwalten, jedes nach seinen Bedürfnissen, ohne ein und dasselbe Schema zeichnet diese Nation auch in der Prophylaxe der Lepra aus. Alle Verordnungen in dieser Richtung sind deshalb so ausgezeichnet, weil sie nicht von einer Centralstelle in Europa aus, nicht vom grünen Tisch erlassen, sondern ganz und gar den jeweiligen Gouverneuren und ihrer Intelligenz überlassen und den örtlichen Eigentümlichkeiten angepafst wurden. Zweierlei Gesichtspunkte sind hauptsächlich mafsgebend: Zerstörung der Herde von Lepraendemien und andererseits Verhinderung eines Imports Leprakranker aus benachbarten Bezirken. Letztere Aufgabe läfst sich leicht, erstere nur sehr schwer, ja überhaupt nicht völlig erfüllen. Zuweilen sind die Leprösen so zahlreich, dafs man nicht daran denken kann, sie zu asylieren. Zwangsmafsregeln werden nie alle wirklich Leprakranken aufbringen können, viele werden sich doch der polizeilichen Macht durch allerlei Listen entziehen. Man hat in den englischen Kolonien vier Formen des Lepraauftretens und der Gegenmafsnahmen zu unterscheiden:

1. Australische Kolonien, sowie Cypern und Malta. Hier wohnen Europäer wie im Mutterlande, ohne vom Klima beeinträchtigt zu werden. Hier machen sich erforderlich: Obligatorische Anzeige aller Fälle von Lepra, unbedingte Isolierung und strenge Überwachung der Einwanderung. Zwar besteht letztere für Neusüdwales und Queensland nicht, wird aber beinahe ersetzt durch eine Bestimmung, die 2000 Mark Strafe für Einwanderung eines Chinesen androht.

2. Südafrikanische Kolonien (Kap, Natal, Betschuanaland): Sie sind ebenfalls viel von Europäern bewohnt und haben ein gemäfsigtes Klima, sind aber im Gegensatz zu No. 1 sehr von Lepra heimgesucht. Hier besteht nach Gesetz von 1894/95 Zwangsanzeige und Isolierung in Asylen und Lepralokationen. (Robbon-Island.) Für Natal nur Isolierung aller Fälle von infektiösen Formen von Lepra, in Wirklichkeit nur auf Wunsch der betreffenden Kranken. Lepröse Hindus oder Schwarze dürfen nicht einwandern.

3. Antillen, Englisch Guyana, Malakka: Abschiebung aller leprösen Vagabunden; Isolierung aller armen Leprösen auf ihren eigenen Wunsch oder auf den Wunsch der Organe, welchen gesetzlich ihre Obhut anvertraut ist; Verbot bestimmter Gewerbe für Lepröse: Landungsverbot. In Straits-Settlement verlangte neuerdings ein Komitee Errichtung einer Leprakolonie auf der Insel Pang Kor Laut, und zwar ausschliefslich für lepröse Malayen und deren Ehefrauen beziehentlich Ehemänner. Gesunde Kinder dürfen nicht mit in die Lokation genommen werden. Die letztere besteht seit 1899 in der That. Die verbotenen Gewerbe sind Bäckerei, Kochen, Hausdienst und alle Beschäftigungen mit Lebensmitteln, Drogen oder Tabak; aufserdem Schneiderhandwerk, Wäschewaschen, Barbieren, Lohnkutscherei u. a.

4. Britisch-Indien mit seinen geschätzten 180000 Leprösen. 1890 verlangte eine Spezialkommission: Fakultative Isolierung, Verbot gewisser Beschäftigungen, Mafsnahmen der Gemeinden gegen vagabundierende Leprakranke, Vergröfserung der alten und Schaffung neuer Lepreserien in der Nähe von Städten, Gründung von Leprakolonien auf dem flachen Lande, Errichtung von Waisenhäusern für die Kinder von Leprösen. Seit 1898 bestehen in Indien die Leper-Acts; die die ersten beiden oben erwähnten Forderungen gesetzlich festlegten, mit der Einschränkung, dafs Provinzen des indischen Reichs, denen die pekuniären Opfer unerschwinglich sind, nur soweit

Lepröse aufzunehmen brauchen, bis endlich eine bessere Finanzierung die Erfüllung der Aufnahmeverlangen aller Leprakranken zu gewährleisten vermag. Zum Schluſs giebt JEANSELME eine Beschreibung der Leproserien. *Hopf-Dresden.*

Der Kampf gegen die Lepra in dem französischen Indochina, von E. JEANSELME-Paris. (*Presse méd.* 1901. No. 19.) In französisch Indochina giebt es etwa 12—15000 Lepröse; während es 1888 nur einen Leprafall unter der weiſsen Bevölkerung gab, beobachtete man bis 1898 deren 132. Kein Wunder, denn die Vorsichtsmaſsregeln sind minimale. Lepröse Kulis zum Speisentragen, lepröse Boys, Fleischer, Krankenwärter, Gefängnisinsassen sind nichts Seltenes. (Saïgon, Hanoï, Haïphong.) Es giebt zwar Leprösendörfer; da jedoch keinerlei Absperrungsmaſsregeln bestehen und die Insassen nur 1 Mark pro Kopf und pro Monat erhalten, gehen sie in die Nachbarschaft auf Nebenverdienst; infolgedessen bilden diese Bezirke statt Centren der Lepravertilgung zu sein, Mittelpunkte, von denen aus eine Lepraverbreitung erfolgt, zumal das Leprösendorf z. B. von Hanoï mitten in der Stadt selbst gelegen ist und mit dem allgemeinen Hospital in direkter Verbindung steht. Alle diese Verhältnisse müſsten abgeschafft werden, ähnlich wie sie es in den englischen Kolonien schon sind. Bestimmte Gewerbe dürften von Leprösen nicht ausgeübt, öffentliche Fahrzeuge, Hotels und Waschgelegenheiten von ihnen nicht benutzt werden. Die Chinesenimwanderung ist zu überwachen, besonders aus den Provinzen Fokien und Kwantung. Die Kontrolle hat ein versierter Leprakenner auszuüben. Auſserdem muſs folgendes angestrebt werden: Zwangsweise Isolierung jedes Leprakranken, in Leproserien, wobei 200 Meter um dieselben herum kein anderes Gebäude errichtet werden darf, — sofortige Trennung der Neugeborenen von den leprösen Eltern, Aufnahme aller vagobundierenden Leprösen in ein maritimes Leprosorium und Verbot der Heirat eingeborener Lepröser. *Hopf-Dresden.*

Verbreitung der Lepra in der Halbinsel von Indochina und Yünan, von M. E. JEANSELME-Paris. (*Presse méd.* 1901. No. 2.) Entsprechend der Dichtigkeit der Bevölkerung giebt es vier Hauptcentren für Lepra, nämlich das westliche Birma, Central-Siam am Menam, Cochinchina um die Mekongmündung herum (Cambodscha) und das mit letzterem Gebiet zusammenhängende tonkinesische Centrum. In Cochinchina zählt man 3580 Lepröse, doch dürften bei genaueren Nachforschungen 5000 herauskommen, und für Tonkin wird die Zahl der Leprakranken wohl ebenso hoch sein. Für französich Indochina kann man deren 12—15000 rechnen. Bei 20 Millionen Bewohnern dieses Gebiets würde demnach 1 Lepröser auf 1500 Gesunde entfallen. 5000 weitere Lepröse mag das nichtfranzösische Indochina beherbergen.

Hopf-Dresden.

Lepra in China, von Dr. WITTENBERG. (*Brit. med. Journ.* 1. Sept. 1900.) Die rein nervöse Form der Lepra ist in China weit seltener, als die gemischte makulotuberöse. Es hält aber sehr schwer, die Zahl der Leprösen in irgend einem Bezirke auch nur annähernd festzustellen. Die Patienten verkehren unter der Bevölkerung, so lange nicht destruktive Verwüstungen ihres Körpers sie daran hindern. Sobald diese in irgend einer bemerkenswerten Weise auftreten, wird der Lepröse entweder in einer Hütte abgesondert, oder geht im Lande umher sein Leben durch Betteln fristend. Zuweilen läſst sich ein solcher Patient nach seinem ausdrücklichen Willen lebendig begraben. Es wird ihm vorher ein Abschiedsbanquet gegeben, in einem feierlichen Trauerzuge geht er hinter seinem Sarge her, nimmt dann eine kräftige Dosis Opium und legt sich mit philosophischer Ruhe in sein Grab. An diesem ent-

sexuellen Gebahren ist der fatale „Fatalismus" der Chinesen schuld. Wittenberg bringt auch Fälle von direkter Übertragung der Lepra z. B. von der Schwiegermutter auf die Schwiegertochter etc. *C. Berliner-Aachen.*

Jonathan Hutchinson über Lepra in Südafrika, von Alfred Hillier. (*Brit. med. Journ.* 14. Juli 1900.) In einer poliklinischen Vorlesung, die mehr den Charakter einer zwanglosen Unterhaltung hatte, sprach sich Hutchinson gelegentlich eines Berichtes über das Leprosorium auf der Robben-Insel am Cap der guten Hoffnung auch wiederum über seine Fischtheorie aus und meinte, dafs die Lepra nicht durch ein Kontagium, sondern durch gewisse Nahrungsmittel, insbesondere durch unvollständig gekochte Salzfische hervorgerufen werde, und dafs deshalb die Internierung der Leprösen auf der Robben-Insel ein grofses Unrecht sei. Diese von so autoritativer Seite gesprochenen Worte haben ihren Weg in die Presse gefunden und an vielen Stellen, nicht am wenigsten in Südafrika selbst Aufsehen erregt.

Der Verfasser, der Hutchinson bei verschiedenen Gelegenheiten über denselben Gegenstand in der Poliklinik hat sprechen hören, verteidigt gegenüber dem Meister die Kontagiositätslehre. Er erinnert zunächst daran, dafs Hutchinson selbst den Bacillus leprae als die wahrscheinliche Ursache der Krankheit anerkennt, dafs er aber die Übertragung von Mensch auf Mensch leugnet und gewisse Nahrungsmittel, so den Fisch, als das Medium für die Entwickelung und die Weiterbeförderung des Leprabacillus ansieht. Der Verfasser bemüht sich zu beweisen, dafs selbst diese Annahme, für die ein positiver Beweis noch nicht erbracht sei, die Kontagiosität nicht ausschliefse. *C. Berliner-Aachen.*

Lepra auf der Insel Kreta, von Ehlers und O. Cohnheim. (*Brit. med. Journ.* 7. Juli 1900.) Auf Veranlassung des Prinzen Georg von Griechenland haben die genannten Forscher Untersuchungen über die Lepra auf Kreta angestellt. Sie erhielten Mitteilung über 380 auf der Insel befindliche Lepröse, von denen sie 293 persönlich untersuchten. Unter diesen hatten 153 die tuberöse, 170 die anästhetische Form. Da das Verhältnis der tuberösen zu den anästhetischen Fällen in kalten Ländern 1 : 2, in heifsen 1 : 3 ist, so dürfte die Annahme der Gesamtzahl von 600 bis 800 auf der Insel Kreta befindlichen Leprösen annähernd richtig sein. Die Forscher zweifeln nicht, dafs Zambacos Schätzung von 4000 Leprösen weit übertrieben sei. *C. Berliner-Aachen.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXXIII. No. 7. 1. Oktober 1901.

Der

Abteilung für Dermatologie und Syphilidologie

der

73. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte

gewidmet von

Hamburger Dermatologen.

Erfahrungen über Sapolan.

Von

Dr. Julius Appel.

Mračeк berichtete zuerst in der Sitzung der Wiener dermatologischen Gesellschaft vom 9. Mai 1900 über seine Erfahrungen mit dem Sapolan genannten Produkte einer Wiener chemischen Fabrik.

Das Material, welches Mračeк zu einem günstigen Urteil über das neue Präparat brachte, war nur klein; aber die Erfolge waren so deutliche, dafs die Anwendung für die dermatologische Praxis Nutzen versprach.

Ich behandelte im ganzen 124 verschiedene Hautkrankheiten mit Sapolan. Am meisten war, wie gewöhnlich, das Ekzem vertreten, nämlich 69mal, darnach kamen die verschiedenen Arten von arteficieller Dermatitis, nämlich 22mal. Unter den übrigen Fällen waren die verschiedensten Hautkrankheiten — zum Teil recht seltene — vertreten.

Sapolan wurde zum Teil rein angewandt als Salbe oder als Sapolansalbenmull, zum Teil unter Zusatz der gebräuchlichen Medikamente, sodafs das Sapolan nur die Grundsubstanz vorstellte. Mit Aqua oder Aqua Plumbi mischt es sich zu gleichen Teilen und giebt eine gute Kühlsalbe. Bei Zusatz von Zinkoxyd verhält es sich ähnlich wie Naphtalan. Es wird nämlich durch Verreiben mit demselben weicher, sodafs ein Zusatz von 50 % Zinkoxyd noch Salbenkonsistenz hat. Erst nachdem 60 % Zinkoxyd zugesetzt sind, resultiert eine Paste, welche einen festen Ueberzug auf der Haut bildet. Nimmt man Terra silicea zur Pastenbereitung, so kommt man schon mit einem Zusatz von 15 % aus.

Ähnlich wie Zinkoxyd verhalten sich die anderen pulverförmigen Substanzen, welche wir in der Dermatologie zu gebrauchen gewöhnt sind, sodafs sich leicht hochprozentige Pasten mit Schwefel, Resorcin, Chrysarobin, Lenigallol etc. herstellen lassen. In der Fabrik von Beiersdorff & Co. wurden aufser dem schon erwähnten Sapolansalbenmull noch folgende Salbenmulle auf meine Veranlassung hergestellt: Zinkoxydsapolansalbenmull, Schwefelsapolansalbenmull, Teersapolansalbenmull, Zinkoxydschwefelsapolansalbenmull, Zinkoxydteersapolansalbenmull, Zinkoxydteerschwefelsapolansalbenmull.

Die wichtigste Sache bei der Prüfung eines neuen Medikamentes ist die Untersuchung auf seine etwaige Schädlichkeit. Da ist zunächst eine Äusserlichkeit zu besprechen, die Wäsche wird nämlich durch Sapolan braun gefärbt. Beim Kochen der Wäsche geht jedoch die Farbe wieder heraus. Aber ich muss doch vor der Anwendung des reinen Sapolan

warnen. Denn unter den 124 Fällen erlebte ich neunmal das Auftreten von Follikulitiden und Furunkeln, welche deutlich durch das Medikament verursacht waren. Wenn man nun bedenkt, dafs gar nicht in allen Fällen Sapolanum purum angewandt wurde, so ist die Zahl der sekundären Entzündungen eine sehr grofse.

Es wäre verkehrt, deswegen auf Sapolan verzichten zu wollen, denn durch Zusatz von Zinkoxyd für unbehaarte, von Aqua Plumbi für die behaarte Haut läfst sich Furunkelbildung mit Sicherheit vermeiden.

Merkwürdigerweise verschlimmerte Sapolan nur in einem Falle das Nässen eines akuten Ekzems, was man seiner Zusammensetzung nach häufiger erwarten sollte. Andere schädliche Nebenwirkungen habe ich nicht beobachtet.

Dagegen mufste ich vielfach mit der Sapolanbehandlung aufhören, weil sie absolut wirkungslos war. So gelang es mir in drei Fällen von Purigo Hebra nicht, einen Dauererfolg zu erzielen. Die Risse des Ekzema fissurans werden zwar schmerzlos, heilen aber nicht schneller als durch Adeps suillus oder Unguentum Paraffini, wie Kontrollbehandlungen ergaben. Wirkungslos war auch Sapolan bei Alopecia areata, bei Lupus, bei syphilitischen Primäraffekten, bei Trichophytie, bei Lichen scrophulosorum.

In einer anderen Reihe von Fällen hat sich Sapolan aber als ein vorzügliches Mittel bewährt.

1. Als juckenstillendes Mittel.

Ich empfehle besonders folgende Salben:

℞ *Sapolan.*	
Aquae Plumbi	ā 50,0

oder

Sapolan.	30,0
Zinci oxyd.	20,0
Aquae Plumbi	50,0.

Die antipruriginöse Wirkung derselben ist auffallend und für Ekzema aller Stadien anwendbar.

Für die Behandlung zweier Fälle von Lichen ruber planus haben sie mir ausgezeichnete Dienste geleistet. In dem einen Falle war die Wirkung der Kühlsalbe besonders zauberhaft. Der Patient schlief, nachdem der ganze Körper damit eingeschmiert war, seit Monaten zum ersten Mal eine ganze Nacht hindurch, was durch keine andere Behandlung bis dahin zu erreichen war. Einen Fall von Lichen simplex chronicus Vidal, welcher vier Jahre lang von namhaften Dermatologen behandelt war, konnte ich durch dieselben Salben in drei Wochen dauernd heilen. Einen zweiten Fall derselben Krankheit, welcher seit 20 Jahren bestand, konnte ich nur bessern, weil die Patientin sich der Behandlung entzog.

Einige Fälle von Strophulus behandelte ich mit Ichthyol innerlich und äufserlich mit einer Salbe von 10,0 Ichthyol zu 90,0 Sapolan. Es gelang mir, damit alle Fälle so zu heilen, dafs ich von Rezidiven seit über einem Jahre nichts gehört habe, was mir bei anderen Salbengrundlagen für die Ichthyoltherapie noch nicht passirt ist.

2. Als schmerzstillendes Mittel bei Blasen- und pustelbildenden Hautkrankheiten.

Ich konnte diese Beobachtung machen bei Herpes praeputialis, Herpes Zoster, bei Verbrennungen, bei einem Falle von Dermatitis herpetiformis. In dem letzteren wurde das Jucken und Brennen zwar deutlich gelindert, das Auftreten neuer Blasen aber nicht verhindert.

Diese günstigen Eigenschaften des Sapolan rechtfertigen sicherlich seine dauernde Einverleibung in unseren Arzneischatz. Man muss nur nicht mit dem Optimismus der Fabrikanten erwarten, ein Allheilmittel gefunden zu haben, sondern sich mit den thatsächlich gefundenen Vorzügen, welche ja schon gross genug sind, begnügen.

Therapeutisches Detail bei der Behandlung der Furunkulosis.

Von

Dr. Ed. Arning.

Aus dem Getriebe der grofsen Krankenhäuser oder besuchten Polikliniken werden die Erfahrungen der Therapie an langen Reihen gleichartiger Krankheitsbilder festgestellt und zur Nachprüfung und allgemeinen Verwertung publiziert, und damit dem Fortschritte der eigentlichen Heilkunst neue breite Bahnen gewiesen. Die Finessen, das kleine und kleinste Detail, bilden sich dann häufig auf diesen Hauptbahnen der Therapie weiter aus in der Hand solcher Ärzte, welche durch ihre Stellung berufen sind, auf mehr oder weniger begrenztem Gebiete der Medizin dem Einzelfalle ihre Zeit und Aufmerksamkeit zu widmen.

Eine auf dieser Basis erworbene und sich ihm immer wieder bewährende Methodik ist dem Einzelnen als Grund von Erfolgen bewufst und er mag sich dann berufen und verpflichtet fühlen, gelegentlich zum Allgemeingut zu machen, was sich ihm in langen Jahren als wesentliches „therapeutisches Detail“ herausgebildet hat. Von diesem Gesichtspunkt ausgehend will ich versuchen, einzelne Gebiete des dermatologischen Spezialfaches zu behandeln. Für heute möchte ich die Furunkulosis herausgreifen. Ihre erfolgreiche Therapie ist die Probe auf eine bis ins Detail exakt durchgeführte Methodik.

Das erste Axiom ist die Behandlung der Einzeleffloreszenz, beruhend auf der Thatsache, dafs jeder einzelne Furunkel eine Brutanstalt für Staphylokokken darstellt, und in seiner Evolution nicht nur die nächste Umgebung, sondern durch Verschleppung der Keime auf der Haut und in den Lymphbahnen auch weitere Hautgebiete gefährdet. Diese Behandlung des Einzelfurunkels hat möglichst früh einzusetzen; kommt man früh genug, etwa vor dem vierten bis fünften Tage nach dem ersten Entstehen, dazu, so gelingt es mit fast absoluter Sicherheit, jeden Furunkel abortiv verlaufen zu lassen.

Das zweite Postulat ist: Schutz der direkt umgebenden und ferner liegenden Hautabschnitte.

Die dritte Forderung bezieht sich auf das Behandeln der einer lokalen Furunkulosis zu Grunde liegenden Dermatosen, meist pruriginösen Charakters.

Viertens ist Rücksicht zu nehmen auf das Abhalten äufserer Reize und fünftens schliefslich gilt es, etwa bestehende Störungen des Gesamtorganismus zu erkennen und möglichst zu beheben.

Alles das ist nichts neues und findet sich in ähnlicher Form in jedem Lehrbuche, ist auch Gegenstand mancher geschickten Monographie geworden. Und doch sind diese fünf Prinzipien so wenig in succum et sanguinem der Ärzte und des Publikums eingedrungen, dafs man fast täglich in der Behandlung der Furunkulosis den gröbsten Sünden begegnet. Es müssen eben alle diese fünf Bedingungen zusammenwirkend sich unterstützen, um ein gutes Resultat zu erzielen. Jede Nachlässigkeit des Patienten oder Arztes nach irgend einer der angeführten Richtungen hin rächt sich durch Protraktion der lästigen und durchaus nicht immer gleichgültigen Erkrankung.

Wir wollen uns jetzt einmal einen Fall von Furunkulosis vorstellen, und zwar das gewöhnlichste Krankheitsbild:

Es kommt mit vorwärts gebeugtem Kopf ein Patient herein, den Hals an Stelle des steifen leinenen Kragens mit einem seidenen Tuch umwickelt, das schon öfters gewendet und anders gefaltet worden ist, und mit Blut und Eiter reichlich beschmutzt erscheint. Noch während man mit dem Patienten spricht, pflegt er das Tuch aufzuknüpfen und ist bereits im Begriffe, es irgendwo auf einen Tisch oder sonst ein Möbel hinzulegen. Hier hat die Therapie schon einzusetzen; man reicht dem Patienten eine Verbandschale, bittet ihn, da hinein sein Tuch zu deponieren, belehrt ihn dadurch, dafs das beschmutzte Tuch Infektionskeime enthält und knüpft daran dasjenige, was man über die Überimpfbarkeit seines Leidens für gut befindet, ihm zu sagen. Man entfernt dann vorsichtig, eventuell nach vorhergehender Erweichung durch eine in Borwasser getränkte Kompresse, etwa noch über dem Furunkel lagerndes

Verbandmaterial. Wesentlich wieder aus erziehlichen Gründen hat dieses nicht mit den Fingern, sondern mit der Pinzette zu geschehen. Meistens liegt dann zu unterst irgend ein impermeables Pflaster, häufig neben den eigentlichen Krankheitsherd verschoben. Darunter eine macerierte und mit schmierigen Epithel-, Blut- und Eitermassen bedeckte Haut, wie sie garnicht besser präpariert sein könnte zur Aufnahme von Infektionskeimen. In der That sieht man auch an vielen Follikelöffnungen mehr oder weniger vorgeschrittene Anfänge neuer Infektionsherde. Nicht selten findet man den Hauptfurunkel durch einen Kreuzschnitt eröffnet und die Ränder des Schnittes speckig belegt, durch die Toxine der Staphylokokken nekrotisch. Ich pflege dann den Patienten durch den Ausspruch zu erstaunen, dafs ich prinzipiell keinen Furunkel schneide, weil es bessere Methoden giebt, ihn zu eröffnen, die bei geringerer Schmerzhaftigkeit mehr Erfolg in Bezug auf schnelle Ausheilung, auf Verhinderung der Weiterverbreitung des Giftes, und das spätere kosmetische Resultat ergeben.

Nun kommt zunächst die sorgfältige Reinigung, wobei sich das Benzin mir am besten bewährt hat. Wenig reizend, entfernt es leicht die restierenden Pflastermassen und den schmierigen Belag von maceriertem Epithel und Sekret. Von einer eigentlichen Desinfektion der Haut in chirurgischem Sinne sehe ich ab. Das Bessere ist hier ein Feind des Guten, insofern es wesentlich darauf ankommt, die Haut zu schonen und nicht durch zu energische Reinigungsversuche zu reizen.

Ist der Furunkel schon geschnitten oder durch heifse Breiumschläge oder erweichende Pflaster zur spontanen Eröffnung gebracht, so ist an diesem zunächst unsere Kunst verloren. Der Krater mufs austoben und wir haben uns nur um den Schutz der gefährdeten Umgebung zu kümmern. Ist aber die Beule noch in uneröffnetem, schmerzhaften Stadium, so gehen wir sofort an die Abortivbehandlung. Nach vielfachen Versuchen mit Injektionen von Antipyrin, von Karbolsäure, Jodpinselungen, Quecksilberkarbolpflastern bin ich seit einer langen Reihe von Jahren ausschliefslich zu der Behandlung mit dem Thermokauter gekommen. Ein hellrotglühender spitzer Platinbrenner wird dreist tief in das Zentrum des Furunkels gestofsen. Ähnlich wie bei der Stichelung von Akneknoten etc. fühlt man ganz deutlich, wenn man die verdickte Cutis durchbohrt und in den Nekroseherd eingedrungen ist. Bei grofsen Furunkeln der dicken Nacken- oder Gesäfshaut mufs man häufig 1—1½ cm tief einstechen. Gelangt man wegen Abkühlung des Paquelin nicht gleich bis zur gewünschten Tiefe, mufs man nach frischem Anblasen des Brenners ein zweites Mal eingehen; dieser zweite Stich thut kaum weh, während der erste immerhin einigen Schmerz bereitet. Doch ist dieser Schmerz nach Aussage aller Patienten, welche aus früheren Erfahrungen das Schneiden

kannten, nicht annähernd so heftig, wie bei letzterer Operation. Und was besonders hervorzuheben ist, der Schmerz ist fast nur ein momentaner, von nachhaltigem Wundschmerz, wie nach der Schnittoperation, besonders wenn dieselbe unter Chloräthylerfrierungsanästhesie gemacht ist, ist keine Rede.

Ob man die richtige Tiefe erreicht hat, zeigt sich übrigens an ganz bestimmten Merkmalen. Bei einem relativ frischen Furunkel sieht man nach Hervorziehen des Brenners eine weissliche Schmiere, nekrotische Massen in der Tiefe des Loches; bei bereits eitrigem Zerfall quillt sofort Eiter hervor. Weiterhin, und das ist ein sehr auffälliges Symptom, hört der eigentliche Furunkelschmerz direkt nach dem Einstich auf, so dafs die Patienten bei Nackenfurunkulose sofort ihren Kopf frei bewegen, bei Glutaealfurunkulose sich gleich fest hinsetzen können. — Begründet scheint mir dies nicht allein durch die mechanische Entlastung des Gewebes, sondern auch durch die das Gift selbst abtötende Wirkung der Hitze. Deshalb nehme ich auch den kleinen Eingriff mit recht hell glühendem Platinbrenner vor, und gehe bei grösseren Furunkeln, die schon eventuell als Karbunkel zu bezeichnen sind, mehrfach an verschiedenen Stellen ein, überall dort, wo es den Anschein hat, dass ein Durchbruch erfolgen soll.

Diese Theorie der Abtötung des Giftes im Gewebe findet eine weitere Bestätigung in dem rapiden Abfall eines etwaigen Fiebers und der raschen Zurückbildung schmerzhafter Lymphangitiden und Drüsenschwellungen. Letzteres ist mir besonders aufgefallen bei abortiver Behandlung grösserer Furunkel an den Genitalien beider Geschlechter.

Der weitere Verlauf ist nun so, dafs aus dem schmerzhaften Furunkel eine einfache nicht schmerzende lochförmige Hautwunde geworden ist. Dabei wird man natürlich die naheliegende Vorsicht gebraucht haben, die Öffnung je nach Gröfse des Furunkels verschieden grofs zu machen; für die kleinsten Beulchen von der Gröfse eines einfachen Akneknotens benutze ich ganz kleine Brenner, sogenannte Augenbrenner, für die gröfseren einen Brenner von etwa 2—3 mm Durchmesser, die ganz grofsen Furunkel werden, wie gesagt, mehrfach punktiert. Im Gegensatz zur schneidenden Operation wird keine offene Wundfläche gesetzt, der Brandschorf wirkt als guter Schutz für das umliegende Gewebe, Lymphbahnen und Blutbahnen werden nicht offen gelegt und dem unzerstörten Gifte frei gegeben. Kein Blut und sickerndes Wundsekret verschmiert die Umgebung. Im Gesicht und am Halse, dort wo keine Reibung stattfindet, lasse ich die kleine Brandwunde ganz frei. Sie heilt langsam ohne viel Sekret von unten aus zu, der verbrannte Cutiszapfen wird von den nachrückenden Granulationen hinausgeschoben. Die Narbe ist eine kleine eingezogene; die Neigung zur keloidartigen Aufwulstung der Ränder, die wir beim Schnitt so häufig finden, besteht entschieden weniger.

Dort, wo Kleider aufliegen oder die Umgebung schon sehr gereizt ist, trage ich zunächst eine Firnisschicht von Tumenolätherbenzoetinktur-Firnis auf, dem ich bei seborrhoischem Zustand noch etwas Anthrarobin zusetze, nach folgender Formel:

℞	*Anthrarobini*	2,0
	Tumenoli	8,0
	Aether. sulf.	20,0
	Tinct. Benzoes	30,0

Mds. Hautfirnis.

und lege, ehe der Firnis ganz trocken, ein kleines Stück Chinosolgaze über den Furunkel selber, darüber ein Streifchen eines nicht reizenden und leicht entfernbaren, dabei wenig macerierenden, weil durchlässigen Pflasters, wozu sich $2^1/_2$% Salicylseifenpflaster, das die Fabrik von Beiersdorf nach meiner Angabe auf einen feinen Trikotstoff streicht und als $2^1/_2$% Salicyltrikoplast in den Handel bringt, bestens bewährt. — Alle Tage wird gewechselt.

Nehmen wird nun an, wir hätten bei dem am Anfang als Paradigma erwähnten Fall von Nackenfurunkulose die Hauptfurunkel und die umliegenden Trabanten durch mehr oder weniger grofse und tiefe Glühstiche unschädlich gemacht, so hat sich dann die Aufmerksamkeit auch auf die weitere Umgebung des Krankheitsherdes zu richten. Man hat z. B. nach dem Schnitte der Haare zu sehen. Häufig findet man die Nackenhaare mit der mechanischen Klippscheere auf wenige Millimeter gestutzt. Das Resultat ist, dafs die kurzen starren Haarreste die Reibung des steifen Kragens direkt auf die Haarpapille übertragen und dergestalt einen mechanischen Reiz ausüben, welcher für die Staphylokokken-Infektion disponiert macht. Das länger gelassene und somit weichere Haar dagegen wird in seiner eigenen Elastizität äufsere mechanische Reize absorbieren und dieselben nicht zur Haarwurzel gelangen lassen. Das allzu kurze Tragen des Nackenhaares ist also zu verbieten. Das Gleiche gilt bei im Vollbart lokalisierter Furunkulose von der modernen kurz geschnittenen gehaltenen Barttracht. Ist der Kragen oder der Hemdquärder an der Kante schadhaft, so hat man auch darauf den Patienten hinzuweisen. Bei den häufigen Furunkeln unterm Kinn oder über dem pomum Adami ist der Patient auf die Unzweckmäfsigkeit hoher Stehkragen mit scharfen Ecken, die beim Neigen des Kopfes eine Hautfalte zwischen sich einkneifen, aufmerksam zu machen.

Dann kommt vor allen Dingen der Zustand des Haarbodens am Hinterkopfe in Betracht. Gerade hier ist häufig ein Stammsitz einer Psoriasis oder eines Ekzems, häufig nur in Form eines geringen trockenen seborrhoischen Zustandes, der aber vollständig genügt, um durch den Juckreiz und den kratzenden Finger den Anlass zur Nackenfurunkulose

zu geben. Bei fetten Menschen mit Stiernacken sind die Verhältnisse, durch die sich bei gerader Haltung des Kopfes bildende dicke Querfalte noch günstiger für die mechanischen Reize. — Auch bei Patienten der besseren Stände, besonders bei Schulkindern, darf man weiterhin nicht die Möglichkeit einer Pediculosis capitis aufser Acht lassen.

Mutatis mutandis müssen alle solche lokal disponierenden Momente auch bei anderen Lokalisationen der Furunkulose berücksichtigt werden.

Bei den sogenannten Schweifsdrüsen-Furunkeln der Achselhöhle, die besonders dem weiblichen Geschlechte eigen, werden wir den Reiz der Kleidung, also zu eng geschnittene Armlöcher, vor allem die zur Maceration der Haut beitragenden Schweiss-Schutzblätter aus Gummi oder anderen impermeablen Stoffen in Betracht ziehen und auf das Vorhandensein von Ekzemen oder Erythrasmen der Achselhöhle fahnden müssen. Bei einer in der Glutaealgegend bestehenden Furunkulosis wird man fast immer eine Hämorrhoidalanlage oder ein Ekzem des Anus finden. Daneben kommen für diese Gegend auch wesentlich die Scabies oder Pediculosis pubis in Betracht. Bei Reitern finden wir als häufige Grundlage einer Glutaealfurunkulose impetiginös gewordene Druckblasen der Haut. Die so sehr gewöhnliche Furunkulose der weiblichen Genitalien läfst sich fast immer auf den Juckreiz eines Ekzems der vulva oder mons pubis zurückführen, häufig auf diabetischer Grundlage. Besonders wichtig erscheint mir noch die Furunkulosis des Gesichtes, sowohl wegen der Möglichkeit einer bleibenden Narbenentstellung als auch wegen der oft beobachteten Allgemeingefahr. Auch hier gilt es auf Ekzeme zu achten, die nicht selten allerdings nur die Form eines leicht juckenden oberflächlichen Hautkatarrhs annehmen. Gleiches gilt von der Lokalisation am Ohr und im Gehörgang, während bei der Nasenfurunkulosis meistens ein sykotischer Vorgang an den Vibrissen der Nasenlöcher sich vorfindet, und ebenso stehen die kleinen Furunkel der Lidränder, vulgo Gerstenkörner, stets in Beziehung zu einem chronischen Lidrandekzem. Auch die Furunkulose des Rückens basiert meistens auf interskapulösen Ekzemen, oder geht von zwei Reizstellen der Haut aus, welche sich auf den Schultern unter dem reibenden Druck der Tragbänder ausbilden. Bekannt ist ja auch das Entstehen einer akuten Rumpffurunkulosis nach feuchten Umschlägen und nach sonstigen Hautreizen, wie kalten Abreibungen, Massage, neuem Wollunterzeug, Kapsikumpflastern und dergleichen mehr.

Für das „therapeutische Detail“ geht aus diesen durchaus nicht neuen Gesichtspunkten hervor, dafs man in jedem Falle neben der ad 1 geforderten Behandlung der Einzeleffloreszenz bis ins Kleinste diesen lokal disponierenden Schädlichkeiten nachspüren und sie zu eliminieren suchen mufs, wenn man einen dauernden Erfolg erreichen will. Dabei darf man aber keinesfalls mit zu energischem Rüstzeug ins Feld ziehen. Man mufs

es sich zur Maxime machen, während des Bestehens einer Furunkulosis nur solche Mittel zur Heilung dieser disponierenden Dermatonosen anzuwenden, welche den Reizzustand mildern und in sanfter Weise zum Schwinden bringen, dagegen alles meiden, was auch nur vorübergehend eine Steigerung der Hautentzündung und des Juckreizes im Gefolge haben könnte. Deshalb perhorresziere ich die scharfen Abwaschungen oder gar Abbürstungen mit der beliebten grünen Seife oder den beim Publikum immer wieder mit Vertrauen begegneten Teer-Schwefelseifen. — Ebenso sind mir Quecksilberpflaster und Sublimatumschläge zu riskant; sogar Karbol und Resorcin in wässrigen oder spirituösen Lösungen treten zurück vor Borsäure und vor der bereits von A. PHILIPPSON für die Behandlung der Furunkulose gerühmten Salicylsäure. Daneben haben nur bei allgemeiner Verbreitung der Erkrankung Kreolinbäder ganz ausserordentliche gute Resultate ergeben. Sie wirken in nicht zu starker Konzentration, 20—25 gr auf ein Vollbad, und nicht zu heifs, ca. 30° C, gegeben, ganz aufserordentlich erfrischend und jucklindernd. Unentbehrlich sind mir lokale Bäder bei der mit chronischen Ekzemen kombinierten Furunkulosis der Hände und als Sitzbäder bei der Affektion der Genito-Analgegend geworden. Da die Kreolinbäder so ungemein einfach herzustellen sind, und nicht, wie Sublimatbäder, Fayence- oder Holzwannen erfordern, verdienen sie die weiteste Empfehlung und Verbreitung und sollten geradezu als Hausmittel an Stelle der beliebten aber häufig so reizenden Grünseifenbäder treten. Natürlich mufs dem Patienten eingeschärft werden, nach dem Bade sich nicht mit einem Handtuch abzureiben, sondern nur vorsichtig durch Einhüllen in ein Badetuch, oder sanftes Abtupfen des Körpers sich zu trocknen. Etwaige alte, nicht rechtzeitig abortiv behandelte Furunkel sind vor dem Bade schon leicht auszudrücken und von anhaftendem Eiter zu befreien. Nach dem Bade folgt dann zunächst Einsprengen oder Eintupfen der erkrankten Partien und ihrer Umgebung mit 2% Salicylspiritus und dann ein vorsichtiges Aufsuchen neuer sich etwa noch bildender Infektionsherdchen. Jedes einzelne dieser Herdchen wird dann schnell mit einem kleinen Paquelinbrenner abgetötet und die ganze Partie dann mit einer Zinkpaste dünne bedeckt, zu der ich ganz kleine Dosen Schwefel und Kamphor und eine etwas grösere Dosis Borsäure zuzusetzen pflege, nach folgender Formel:

℞ *Sulfur praec.*
Camph. trit. ää 1,0
Acid. boric. 8,0
Zinc oxyd.
Amyl trit. ää 20,0
Vaselini flav. ad 100,0

Finden sich noch torpide, schlaffe Beulen, die oberflächlich verheilt erscheinen, in der Tiefe aber noch blutig tingirten und zersetzten Eiter

enthalten, so werden auch diese mit dem Paquelin, aber mit grösserem Brenner, geöffnet, mit einem nicht reizenden Pulver, etwa Dermatol oder Amyloform, sehr zweckmäfsig auch mit einem 10 % Pyoctanin-Bismutpuder gefüllt und mittelst eines möglichst kleinen Stückes 2½ % Salicyltricoplast geschlossen. Ebenso verfährt man mit noch in Reinigung sich befindlichen oder bereits zugranulierenden Resten solcher Furunkel, die schon zur Reife oder zum Durchbruch gediehen waren, ehe man die Abortivbehandlung einleiten konnte.

Es würde den Rahmen dieses kleinen Artikels weit überschreiten, wollte ich nun im einzelnen auf die Therapie der lokal disponierenden Dermatonosen übergehen; ich wiederhole nur noch einmal, dafs bei bestehender Neigung zur Furunkelbildung möglichst milde und die gesunde Haut so wenig wie möglich reizende Mittel in Gebrauch zu ziehen sind, und setze hinzu, dafs die Wirkung aller dieser Mittel durch eine geeignete diätetische und eventuell medikamentöse Therapie zu unterstützen ist.

Und damit komme ich zum letzten, einem sehr wichtigen Punkt, den ich in diesem Zusammenhange aber auch nur streifen kann, es ist die Disposition der Haut zu der Furunkulosis unter bestimmten konstitutionellen ererbten Diathesen, und unter durch akute oder chronische Infektionskrankheiten und sonstige auf den Organismus einwirkende Störungen erworbenen Dyskrasien.

Ob larvierte Tuberculose, ob Diabetes, ob Syphilis oder harnsaure Diathese, ob Anaemie nach Masern und Keuchhusten, oder Malaria, ob zu grofser und schneller Fettansatz nach Mastkuren oder Abmagerung durch forzierte Geistes- oder Muskelarbeit, ob Morphiummifsbrauch oder Jodmedikation im Einzelfalle als Grundlage für das Gedeihen der Furunkel anzusprechen ist, auch das gehört in das „therapeutische Detail“ und mufs von Fall zu Fall in Erwägung gezogen werden.

Wie mancher Fall von Diabetes wird erst entdeckt durch das Auftreten von Furunkeln, und wie auffallend können wir in vielen Fällen die lokale Therapie fördern durch allgemeine Mafsregeln. Dazu gehören neben den mächtigen Heilfaktoren der Luft- und Ortsveränderung vor allem der Einfluſs rationeller Sool- oder Schwefelbadekuren, die ich nicht als allein äufserlich wirkende Hülfsmittel auffassen möchte, ebenso die depletirenden Trinkkuren der alkalisch-muriatischen Quellen, und schliefslich die tonisch wirkenden Darreichungen von Eisen, Arsenik, Chinin und eventuell Quecksilber.

Über die empfohlene Behandlung der Furunkulose durch Einverleibung von Hefepilzen besitze ich noch keine Erfahrungen, glaube auch, dass die Indikationen, unter welchen Umständen gerade von diesem Mittel Hülfe zu erwarten steht, noch nicht präzise genug gestellt sind, um bereits die Sache als sichere Bereicherung unserer Therapie ansehen zu können.

Was nun aber auch immer die zu Grunde liegende Diathese sei, und wie eifrig wir auch bemüht sein müssen, ihren schädigenden Einfluſs mit den uns zu Gebote stehenden diätetischen und arzneilichen Mitteln auf ein Minimum zurückzuführen, nie dürfen wir darüber vergessen, den Einzelfurunkel und seine Umgebung in exaktester Weise zu behandeln. Thun wir das in der oben geschilderten Weise, so erreichen wir in wenigen Wochen oft das, was durch Vernachlässigung dieser einfachen Forderung den Patienten Jahre und Monate lange Qualen gebracht hat.

Allerdings müssen wir die Patienten zum Wachtdienst mit heranziehen; sie müssen so gedrillt sein, daſs sie selber aufpassen und sofort sich melden, wenn irgendwo ein verdächtiges schmerzhaftes Pünktchen sich zeigt. Intelligenten Personen und deren Angehörigen kann man auch ruhig das einfache Ausbrennen des beginnenden Furunkels selbst überlassen. Schaden können sie sich damit kaum zufügen, wohl aber viel Gutes, mehr als durch Zugpflaster, Grützverbände und Aufstechen mit allerlei unzweckmässigen Instrumenten.

Zur Anatomie der strichförmig angeordneten Geschwülste der Haut. (Akanthoma bezw. Epithelioma adenoides cysticum und „Adenoma sebaceum“ bezw. multiple umschriebene Talgdrüsenhypertrophien.)

Vorläufige Mitteilung

von

Dr. Dorst-Rotterdam und Dr. Delbanco-Hamburg.

Mit zwei Abbildungen im Text.

Unserem Lehrer, Herrn Dr. Unna, verdanken wir die Beobachtung des 21jährigen Mädchens, deren seltene Affektion durch die unserer vorläufigen Mitteilung angefügten Photographien, veranschaulicht wird. Kopfhaut und Gesichtshaut sind hochgradig verändert. Die linke stärker befallene Seite ist von Geburt an betroffen, während nach den Angaben der im übrigen gesunden und intelligenten Patientin die Beteiligung der rechten Seite mit dem neunten Lebensjahre einsetzte. Die Haut hinwiederum über dem linken Scheitelbein ist in stärkster Ausdehnung in die Affektion einbezogen, von hier aus erstreckt sich die Veränderung strichförmig einmal in der Mittellinie des Hinterkopfes abwärts auf den Rücken, hier wieder die Mittellinie innehaltend, welche nur wenig nach rechts überschritten wird, nach links verbreitert sich der Streifen zu einer

Fläche von drei Fingerbreite. Die untere Grenze ist mit dem unteren Winkel der Scapula gegeben. Ein zweiter Streifen zieht hinter dem linken Ohr leicht geschwungen nach abwärts an der Haargrenze entlang. Der äufsere Ohrrand und das Augenlid sind mitbefallen. Auf der Höhe des Scheitelbeines ist der strichförmige Charakter der Affektion durch Zusammenfliefsen der Streifen scheinbar verloren gegangen.

Die erkrankten Hautpartien zeigen in buntem Durcheinander erstens tief dunkelbraune, flache oder leicht erhabene weiche und harte Pigmentmäler, zweitens spitze Hauthörnchen, drittens massenhaft (Mäler und Hauthörnchen an Zahl weit überragende) kleine Geschwülste. Diese letzteren sind stecknadelknopf- bis erbsengrofs, blafs gelblich von Farbe, die Haut wölben sie halbkugelig hervor, im übrigen sind sie indolent, nicht transparent.

Fig. 1.

Die mikroskopische Untersuchung entwickelte uns die Geschwülste — die makroskopische Betrachtung hatte uns die Möglichkeit einer Doppelnatur nicht im entferntesten nahegelegt — als multiple umschriebene Talgdrüsenhypertrophien oder als typische Beispiele des sogenannten Epithelioma bezw. Akanthoma adenoides cysticum. Diese beiden Geschwulstformen liegen in der Haut der Patientin wirr nebeneinander. Ein durch zwei benachbarte Tumoren gelegter Schnitt giebt in engster Nachbarschaft die beiden seltenen mikroskopischen Bilder in typischer Ausbildung. Das überraschende histologische Ergebnis konnte nachträglich die makroskopische Diagnostik auf den mehr gelben Farbenton der (auch als Adenomata sebacea beschriebenen) multiplen Talgdrüsenhypertrophien bezw. Talgdrüsennävi aufmerksam machen.

Unsere mikroskopischen Präparate des Talgdrüsennävus bezw. der multiplen umschriebenen Talgdrüsenhypertrophie bringen im Hinblick auf die Arbeiten von Pringle, Caspary, Jadassohn u. a. nichts neues, was besonderer Betonung wert ist. Von Interesse sind in dem entzündlich infiltrierten Bindegewebe die Nester typischer Nävuszellen in engster Nachbarschaft von den Talgdrüsenläppchen. Die Existenz einer Anzahl

von Haarbälgen, deren Follikelepithel im Verschwinden begriffen ist, gegenüber dem aus ihm sich differenzierenden Talgdrüsenepithel, das Vorhandensein von Lanugohaarbälgen mit unverhältnismäfsig starkem Talgdrüsenkranz neben grofsen und frei sich öffnenden Talgdrüsenläppchen, läfst uns der Ansicht Raum geben, dafs in dem vorliegenden Fall durchweg von Lanugohaarbälgen aus die übermäfsige Talgdrüsenentwickelung eingesetzt hat. Von irgend welcher „Epitheliombildung“ bezw. besonderen Epithelwucherung ist in diesen Präparaten nichts zu entdecken.

Fig. 2.

Unsere mikroskopischen Präparate des Epithelioma bezw. Akanthoma adenoides cysticum lassen mit Rücksicht auf die strittigen Punkte dieser Geschwulstbildung für den vorliegenden Fall festlegen, dafs die Epithelwucherung ihren Ausgang nimmt von Lanugohaarbälgen bezw. Haarfollikeln, welche als solche kenntlich sind an den Talgdrüsenresten. Die überall hin von Cylinderzellen begrenzten Epithelzüge, Epithelfortsätze und Epithelstränge verschmelzen in der Cutis zu einem kompakten Epithellager, dessen Studium für die viel diskutierte Cystenbildung bei dieser Affektion folgendes ergiebt: Die Cystenbildung wird eingeleitet durch eine Erweichung und Verflüssigung des Bindegewebes. Bedingung ist eine Lymphstauung, welche sich erklärt aus der Durchwachsung der Lymphspalten seitens des Epithels. Die Erweichung der kleinen umwachsenen, zerdrückten Kollagenbündel führt zu Cysten, welche auf Kosten der angrenzenden Epithelien sich vergröfsern. Kern und Protoplasma der in den Erweichungsprozefs einbezogenen Epithelien verfallen regressiver Metamorphose. In dem der Auflösung entgegenstrebenden Gewebe fallen grofse Pigment führende Zellen neben zahlreichen Mastzellen in die Augen. In dem nächtigen, die Cutis fast ausfüllenden Epithellager, welches durch zierliche, lange, solide Epithelstiele an der Oberhaut unter Vermittelung der

Lanugohaarbälge gleichsam befestigt erscheint, sind jetzt noch die verhältnismäfsig nur geringe Zahl von Mitosen (und zwar von verklumpten) und die stattlichen Haufen zwiebelschalenartig angeordneter Epithelien mit blassen Kernen zu nennen. Von letzteren schliefsen einige im Zentrum klumpige, stark färbbare Massen ein.

Die Zellen des mächtigen Epithellagers zeigen durchweg ein stark geschädigtes Protoplasma. Auf engem Raum zusammengedrängt, nach aufsen abgeschlossen durch die Cylinderzellenkette, müssen sie grofser Gestaltsveränderung und schweren Ernährungsstörungen nach dem Ersticken des Bindegewebes unterliegen. Die sich schlängelnden Reihen lang ausgezogener fast nackter Kerne zwischen ganz verschiedengestaltigen und verschieden stark die Farben annehmenden Zellen lassen ohne weiteres nicht bestimmen, dafs wir ausschliefslich Epithelien bezw. Epithelkerne vor uns haben.

Das „Adenoma sebaceum" oder besser die umschriebene multiple Talgdrüsenhypertrophie und das „Epithelioma adenoides cysticum" werden heute als selbständige und durchaus voneinander zu trennende Geschwülste behandelt. Die jüngste einschlägige Arbeit von Wolters hat die Frage erschöpfend behandelt. Nicht ganz leicht sind die Pfade zu verfolgen, welche dazu führten, die beiden Geschwulstformen miteinander in Verbindung zu bringen. Für das Epithelioma adenoides cysticum wurden die Talgdrüsen als Ausgangsort angenommen, und wo das Umgekehrte geschah, dafs die umschriebene Talgdrüsenhypertrophie dem Epithelioma adenoides cysticum gleichgestellt wurde, da wurde sogar behauptet, dafs die Talgdrüsenhäufung an der fraglichen Stelle nichts aufsergewöhnliches wäre, hingegen wäre die „Epitheliombildung" unbeachtet geblieben. Jarischs Bezeichnung des Trichoepithelioma papulosum multiplex deckt sich mit unserer Ansicht, dafs an den Haarbälgen das Epithelioma adenoides cysticum seinen Ursprung findet.

Auf Grund der Thatsachen, dafs an einer und derselben Patientin die beiden Geschwulstformen in grofser Zahl nebeneinander in die Erscheinung treten, dafs beide Geschwülste an Stelle von Haaren sich entwickeln und von Haarbalgen nachweislich ihren Ausgang nehmen, sind wir zu dem Schlufs gekommen, dafs beide Geschwülste als Mifsbildungen von Haaranlagen zu betrachten seien. Einmal kommt es zu einer excessiven Differenzierung des Follikelepithels zu Talgdrüsenzellen, das andere Mal zu einer excessiven Wucherung des Follikelepithels unter Zurückbleiben der Talgdrüsenentwickelung. Im ersteren Fall erhalten wir die multiple umschriebene Talgdrüsenhypertrophie, im zweiten Fall das Akanthoma bezw. Epithelioma adenoides cysticum. Dieser Hypothese ordnet sich leicht die Thatsache unter, dafs die Entwickelung beider Geschwülste zur Pubertätszeit nichts seltenes ist.

Die Hypothese bringt die beiden Geschwulstformen in neue verwandtschaftliche Beziehungen, ohne dafs eine Verknüpfung der histologischen Bilder nötig erscheint.

Die genaueren histologischen Einzelheiten des wichtigen Falles wird mit weiteren Ausblicken und Nebenbefunden, sowie ausführlichen Litteraturangaben Dorst in seiner Dissertation bringen.

Zur Therapie der Prostatitis chronica blennorrhoica.

Von

Dr. A. Herz.

Seit einem Jahrzehnt steht im Vordergrund der Behandlung der chronischen Prostatitis als wirksame und fast allseitig anerkannte Methode die Massage.

Fast alle Formen der Prostatitis, besonders aber solche, welche mit nachweisbarer Schwellung des Organs, Prostatorrhoe, Kongestion der Prostata und neurasthenischen Beschwerden verbunden sind, werden durch die Massagebehandlung sehr günstig beeinflufst.

Wenn trotzdem einzelne Autoren den Wert derselben gering bemessen (Grosglick u. a.), so geschieht es wohl, weil teilweise der Effekt nicht immer genügend gegen die Grundursache des Leidens gerichtet und in allerdings selteneren Fällen die Anwendung nicht indiziert ist.

Unstreitig genügt zur Heilung der Prostatitis nicht allein der „Transport" der krankhaften Exsudate nach aufsen und die Anregung der Resorption derselben, wenn man nicht zugleich auf das Grundübel, welches nach der Urethra zu seinen Sitz hat, heilend einwirkt. Dafs hierzu aber in vorgeschrittenen chronischen Fällen die gebräuchlichen Irrigations- und Instillationsmethoden ausreichend sein sollten, erscheint durchaus zweifelhaft. Aus diesem Grunde erzeugt häufig der nicht geheilte Entzündungsprozefs der tieferen Urethraldrüsen nach Urethra und Prostata hin seine Rezidive.

Die Besorgnis, durch Druck auf die Drüse latente Gonokokkenhaufen zu mobilisieren und Komplikationen hervorzurufen, bildet für andere einen Grund, die Anwendung der Massage zu perhorreszieren. Zu diesen Befürchtungen ist weniger Anlafs vorhanden, wenn man dieselbe bis zum Übergang vom subakuten zum chronischen Stadium durch Applikation milder toxischer Mittel auf die Schleimhaut (Argentum nitricum, Salben, Antrophore) und Heifswasserspülungen etc. ersetzt.

Eine Kontraindikation bilden aber jene Reizzustände, welche sich gelegentlich darbieten, wenn ein durch langjährige Excesse (Masturbation etc.) erregtes Sexualsystem von blennorrhoischer Entzündung betroffen wird und unter Umständen — entgegengesetzt der häufigen Erscheinung von Erschlaffung und Atonie — mit einer krankhaften Steigerung der Geschlechtsfunktionen (erhöhter libido, Pollutionen, andauernden schmerzlosen Erektionen) verbunden sind. Diesen Erscheinungen liegen wie bekannt, häufig hyperämische Schwellungen und Infiltration des Caput gallin. zu Grunde.

Was die Technik der Massage betrifft, so wird die Verwendung des Fingers, wie es scheint durchweg, gegenüber dem Fellkischen Apparat bevorzugt, weil letzterer sich circumscripten Schmerzpunkten und Strängen weniger genau anschmiegt.

Zum Schutz des massierenden Fingers gegen Infektion und grobe Verunreinigung sind vielfach Gummiüberzüge (Kondomfingerlinge) in Gebrauch. Für die therapeutische, demnach vielfach zu wiederholende Ausübung der Massage ist die Verwendung dieser Überzüge als recht kostspielig zu betrachten, auch bedecken sie nur zum Teil den Finger, klemmen, wenn sie dickwandig sind, denselben ein und beeinträchtigen das Tastgefühl. Ich empfehle daher einen seit Jahren von mir angewandten sehr dünnen und aufserordentlich billigen guttaperchaähnlichen Stoff (Blumen- oder Kautschukpapier), welches in Gestalt eines ca. 5 cm breiten, 15—20 cm langen Streifens zirkulär um den Finger gelegt und angepreßt einen fest zusammenhängenden Überzug bildet, sowie Beweglichkeit und Tastgefühl des Fingers vollkommen unverändert läßt. Nach dem Gebrauch wird der Überzug durch Umstülpung wie ein Kondom abgezogen.[1]

Unter den gegen die chronische Prostatitis gerichteten Mitteln findet in manchen Abhandlungen und Lehrbüchern auch die Applikation von Sonden, speziell Béniquéscher Krümmung, Erwähnung, so zwar, dafs die gelegentliche Verwendung derselben von einigen Autoren empfohlen, von anderen aber als gänzlich nutzlos verworfen wird.

Für die Anwendung der intra-urethralen Therapie bei chronischer Prostatitis erscheint mafsgebend, dafs der Entzündungsprozefs der Prostata in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle von den Ausführungsgängen derselben und den benachbarten Drüsen seinen Ausgang nimmt. Es unterliegt keinem Zweifel, dafs bei einer ganzen Reihe von Patienten, welche wegen ihrer Urethritis Hilfe suchen, quasi als zufälliger Befund Eitergehalt des Prostatasekrets festgestellt wird und zur Diagnose Prostatitis führt, während jegliche Beschwerden fehlen oder mit denen des hinteren Harnröhrenkatarrhs identisch sind, das Allgemeinbefinden nicht gestört ist und Druck auf die Prostata weder Gestaltsveränderungen nachweisen läßt noch Schmerzen verursacht.

Dafs in diesen Fällen die Erkrankung auf die oberflächlichen Ausführungsgänge beschränkt geblieben ist, ohne die Tiefen der Endkolben und der Prostatasubstanz zu ergreifen, ist dabei im Einzelfall, wie Goldberg (*Centralbl. f. d. Kr. d. Harn- u. Sex.-Org.*, 1899, Bd. X) mit Recht angiebt, nicht immer sicher zu entscheiden, trifft aber für viele Fälle zu.

---

[1] Das Papier ist in der Instrumentenfabrik von Leonh. Schmidt, Hamburg, Neuerwall 60, sowie en gros in der Fabrik von Helmers & Renck, Harburg, zu beziehen.

Widersprüche über den Sitz und die Häufigkeit der Erkrankung ergeben sich zum Teil aus der verschiedenartigen Gewinnung des Sekrets. Während eine Reihe von Autoren sich zu diesem Zweck auf die vorhergehende Reinigung der Urethra mittels getrennter Miktionsphasen beschränkt, wird andererseits Durchspülung der Pars anterior vorausgeschickt, noch andere Untersucher fordern vor der Expression die Totalirrigation der Urethra. Dennoch erscheint es unwahrscheinlich, dafs es selbst einer einheitlichen Untersuchungsmethodik gelingen würde, zu einheitlichen Resultaten hierüber zu gelangen. Denn dafs ein Teil der oberflächlich gelegenen und im pathologischen Zustand dicht infiltrierten Drüsen des Caput gallin., der Urethra und Prostata, deren Entleerung ein eiterhaltiges Sekret ergiebt, durch den Urinstrahl oder durch eine vorhergegangene Durchspülung der Pars posterior derartig von ihrem starren Sekret gereinigt werden sollte, dafs eine nachfolgende Expression mittels Prostatamassage keinerlei Leukocytenbeimischung aus ihnen mehr ergäbe, erscheint ausgeschlossen. Die Möglichkeit, wie bei Irrigationen der Pars anterior durch Verschluss des Orificium eine ballonartige Aufblähung derselben zu bewirken und dadurch die Spülflüssigkeit in die Drüsenmündungen hineinzupressen, ist hier nicht vorhanden und findet auch nicht durch Zusammenziehung des muskulösen Apparates am Ende der Miktion einen gleichwertigen Ersatz. Wenn ferner eine Reihe von Autoren das Sekret der Littréschen Drüsen der Pars anterior besonders durch Eingehen mittels Bougie à boule gewinnt, so ist nicht einzusehen, warum aus verstopften und an der Mündung versperrten Drüsen der Pars posterior das Sekret derselben sich freiwillig dem Urinstrahl beimischen sollte.

Ist die Endoskopie der hinteren Harnröhre nicht im stande, uns über den Grad der Tiefeninfiltration der Drüsen aufzuklären, so führt nach Oberländer selbst die endoskopische Untersuchung der Oberfläche der Pars prostatica vielfach zu Enttäuschungen hinsichtlich des erwarteten Befundes.

Einen andauernd wertvollen Anhaltspunkt bieten daher anatomische Befunde von chronischer Prostatitis, welche seitens Fingers (*Archiv f. Derm. u. Syph.*, 1893, Band 25, Ergänzungsheft) in gröfserer Anzahl vorliegen. Derselbe findet zwar auch tiefgreifende Veränderungen des Caput gallin., der Ductus ejaculatorii und der Drüsen der Prostata. Eine Durchsicht seiner Fälle nach Sektions- und mikroskopischem Befund lehrt aber, dafs diese Veränderungen nicht selten nur oberflächlich sind, ferner dafs seltener als die Drüsen des Caput gallin. die Drüsen der Prostata an dem Prozefs teilnehmen. Bisweilen sind Schleimhaut- und die oberflächlichen Drüsen des Caput gallin. erkrankt, die Drüsen der Prostata durchweg normal oder die Lakunen und kleinen Drüsen der Urethra sowie die Drüsen des Caput gallin. sind in das Infiltrat des subepithelialen Bindegewebes eingebettet, während die tiefer liegenden Drüsen der Prostata sich als unverändert erweisen. Was besonders für die Form der Behandlung von besonderer Wichtigkeit ist, so ist nicht nur häufig entzündliche Infiltration und nachfolgende Schwielenbildung des Caput gallin. vorhanden, sondern auch die Ductus ejaculatorii nehmen an dem Infiltrationsprozefs teil, entweder nur innerhalb des Verlaufes durch das Caput gallin. oder bis in gröfsere Tiefe hinein. Endlich sind nach Finger noch viel seltener als am Caput gallin. an den Drüsen der Prostata perighandulăre Veränderungen.

Dafs es sich nicht ausschliefslich bei Drüseninfiltrationen der Pars posterior immer nur um eine Erkrankung der tiefgreifenden Prostatadrüsen handeln kann, geht auch aus der anatomischen Struktur der Harnröhre und ihrer Drüsenanordnung hervor.

Aschoff (*Virch. Arch.*, Bd. 138, S. 195) kommt zu dem Resultat, dafs „alle Drüsen der Pars prostatica, sowohl die eigentlichen Schleimhautdrüsen wie die sogen.

Prostatadrüsen dieselbe Zusammensetzung haben." Nach ihm kann „die Pars prostatica in zwei Abschnitte zerlegt werden, einen oberen Teil, in welchem zunächst nur ganz kleine Ausstülpungen, dann kurze Drüsenschläuche ziemlich senkrecht zur Oberfläche, späterhin etwas gröfsere mehr in der Tiefe der Submucosa gelegene Drüsenhaufen mit schräg nach abwärts steigenden Kanälen einmünden und einen unteren Teil, in welchen sich die Ausführungsgänge der Prostata ergiefsen."

Auch die bekannte Erscheinung der allmählichen Aggravation der Prostatitis unter stetiger Zunahme sekundär-neurasthenischer Symptome scheint bis zu einem gewissen Grade für den allmählichen Fortschritt der Entzündung nach der Tiefe zu zu sprechen. Wenigstens war es mir auffällig, dafs ich bei einer Zusammenstellung von ca. 100 in Bezug auf die Beteiligung der Prostata untersuchten Fällen, unter welchen ich 43 mal Prostatitis verzeichnete, nach einer Dauer des Leidens über 1 Jahr fast ausnahmslos Neurasthenie fand, unter 1 Jahr nur in ca. 10% der Fälle.

Aus diesen Ausführungen ergiebt sich, dafs einerseits die Veränderungen, welche ein Hauptkriterium der Prostatitis, das eiterhaltige Expressionssekret erzeugt haben, nicht zugleich für die Ausdehnung der Entzündung nach der Tiefe zu beweisend sind, somit die Annahme einer selbst latent oder symptomlos bestehenden Erkrankung der Prostata nicht ohne weiteres rechtfertigen; andererseits lenken sie die Aufmerksamkeit in erhöhtem Mafse auf diejenigen Entzündungszustände der Urethra, welche das Grundübel der Prostatitis bilden und durch ihr eigenes Fortbestehen die Heilung dieser verhindern. Die nicht seltenen Befunde von Infiltration der Ductus ejaculatorii erklären sogar, dafs eine andere, als intra-urethrale Therapie für solche Fälle von vornherein als nutzlos zu betrachten ist.

Diesen Erwägungen zufolge war es für mich stets auffallend, wie wenig die neuen Behandlungsarten, hohe Dehnungen, welche sich in der vorderen Harnröhre häufig gegen Infiltrationen um Littrésche Drüsen richten, die bis in die Tiefe des Corpus cavernosum urethrae reichen, in die Behandlung der katarrhalischen Prozesse der Pars posterior Eingang gefunden haben. Welche Wirkung auf senkrecht gestellte, verstopfte Drüsenmündungen kann man sich von Sonden versprechen, wenn Enge des Orific. ext. schon bei niedrigem Kaliber derselben die Fortsetzung der Kur verbietet?

Gemäfs dem Befunde eines eiterzellenhaltigen Sekrets aus der hinteren Harnröhre (Prostata), welcher der Prostatitis zumeist als Grundlage der Diagnose dient, wäre aber zu vermuten, dafs die Therapie bestrebt wäre, möglichst früh an den ursprünglichen Sitz der Erkrankung, die katarrhalisch entzündeten Ausführungsgänge der Drüse zu gelangen, selbst auf die Gefahr hin, dafs die Infiltration eine gröfsere Tiefe bereits erreicht hätte.

Mehr noch, als von der einfachen Dilatation, ist aber von der Wirkung jener Instrumente zu erwarten, welche unter Druck in die durch Dehnung erweiterten Ausführungsgänge medikamentöse Spülflüssigkeiten gelangen lassen und diese Annahme fand sich durch die praktische Erfahrung bestätigt.

Bei Ausübung dieses Verfahrens, der Spüldehnungen (Lohnstein, Kollmann), welche ich seit ca. zwei Jahren anwandte, benützte ich an Stelle des von Lohnstein ohne Stützvorrichtung angegebenen Instruments, dessen Dehnspindel ich nicht gleichmäfsig und in leichten Zügen zur Entfaltung zu bringen vermochte, die von Kollmann eingeführte Konstruktion, liefs aber den Spülkatheter zwecks ausschliefslicher Behandlung der Pars posterior für diese allein wirkend konstruieren. Herr Professor Kollmann hat, wie er mir vor kurzem freundlichst mitteilte, schon vorher der Instrumentenfabrik Heynemann die Anregung zur Konstruktion eines derartigen Instruments gegeben, indes war die Ausführung desselben aus technischen und äufseren Gründen unterblieben.

Für die Wahl der kurzen Spülfläche (8 cm) schien mir mafsgebend, dafs der Eingriff auf die hintere Harnröhre beschränkt, mit ungleich weniger Reizung und Zerrung verbunden ist als bei einer Dehnfläche von 17—18 cm und dafs man bei der gesteigerten Reflexerregbarkeit in diesen Fällen den Eingriff so schonend wie möglich zu gestalten hat.

Dafs in manchen Fällen von Urethroprostatitis zerstreut sitzende Infiltrate die Behandlung der Gesamt-Harnröhre bedingen können, ist zuzugeben, doch haben dieselben häufig bereits vorher einer andauernden Sondenbehandlung unterlegen. Aufserdem hat ein Vergleich der therapeutischen Wirkung beider Instrumente mir gezeigt, dafs bei Urethroprostatitis die kurze Spülfläche den Vorzug verdient. Bei der Anwendung des Spüldilatators für die hintere Harnröhre vollzieht sich die Maximalentfaltung der Spindel gerade nur in der Pars prostatica und die Einwirkung der medikamentösen Spülflüssigkeit ist intensiver, weil sie sich innerhalb des engen Harnröhrenabschnittes unter weit höherem Druck befindet, als wenn sie zwischen den Armen des 17—18 cm langen Instrumentes bequemen Abflufs nach vorn findet. Als Spülflüssigkeit haben sich mir am meisten $^1/_2$—1%ige Ichthyollösungen bewährt, welche besonders in veralteten Fällen eine hervorragende antikatarrhalische Wirkung zu entfalten im stande sind. Wenn Gonokokken im Expressionssekret vorliegen, ist Argent. nitr. 0,25—0,5‰ oder Ichthargan 0,1—0,25‰ vorzuziehen. Temperatur, Dauer etc. sind zweckmäfsig nach den Angaben Lohnsteins (*Beitr. z. Derm. u. Syph.*, Festschrift gewidmet Lewin) einzurichten. (40—50° C., 2—3 Liter, ca. 15 Minuten.)

Hinsichtlich der Erfolge der Spüldehnungen ist zu erwähnen, dafs dieselben gegen den primären Krankheitsherd gerichtet, zunächst diesen selbst beeinflussen. Vorher jeder Therapie widerstehenden Harnröhrenausflufs sieht man schwinden. Einer besonders prompten Beeinflussung unterliegen gewisse Störungen (Hyperästhesien der Pars posterior, stechende Schmerzen bei der Ejakulation), welche ihren Ursprung häufig der Coincidenz von Blennorrhoe und sexuellen Excessen verdanken und denen als

anatomischer Befund Schwielenbildung am Caput gallin. und Infiltration der Ductus ejaculatorii zu Grunde liegen können. Es ist daher verständlich, dafs für diese nicht seltenen Zustände jede andere Therapie (auch Massage) als wirkungslos sich erweisen dürfte.

Gegenüber dem von verschiedenen Autoren mit vollem Recht einer kritischen Prüfung unterzogenen Ausdruck „Heilung" (reichlicher Eiterzellengehalt im Prostatasekret ist nach GOLDBERG das Kriterium des Fortbestandes der Prostatitis) ist zuzugestehen, dafs auch die Verwendung von Spüldilatatoren einen glatten d. h. absoluten Schwund jeglicher Eiterzellenbeimischung in meinen Fällen nicht herbeigeführt hat. Aber es ist gegenüber allen anderen Behandlungsmethoden zu betonen, dafs eine ganz bedeutende Abnahme des Eitergehaltes unter Zunahme von einkernigen und epithelialen Elementen nicht nur konstant eintrat, sondern auch konstant bleibt, selbst dann, wenn nach einer ungemein langen Dauer des Leidens alle anderen Methoden der Behandlung vorausgegangen und als nutzlos sich erwiesen hatten. In letzterem Sinne berichtet auch LOHNSTEIN, obwohl hinsichtlich des Eitergehaltes nähere Angaben nicht vorliegen.

Welcher Untersucher hätte dagegen nicht häufig nach endlos fortgesetzter Massagebehandlung das mikroskopische Bild dieselben dichten Eiterrasen erfüllen sehen? Ich stimme daher GOLDBERG vollkommen zu, wenn er sagt: „Andererseits ist die beständige Wiederholung der Massage nach Beseitigung der Gonokokken hier nicht recht begründet. Die Leukocytenproduktion auf den Innenwänden wird wohl nicht dadurch eingeschränkt, dafs wir die Aufsenwände beständig mechanischen Reizen aussetzen."

Hinsichtlich der Gonokokken ist noch zu erwähnen, dafs ich dieselben entgegen anderen Berichten (PEZZOLI, NEISSER, FRANK u. a.) in chronischen Fällen einwandsfrei nur wenige Male nachweisen konnte und dafs ihre dauernde Beseitigung, wie auch LOHNSTEIN ausdrücklich hervorhebt, mit Hilfe der Spüldehnungen gelingt.

Die Spüldilatationen können in Intervallen von 6—10 Tagen ausgeführt werden und hinterlassen keinerlei Reizwirkung. Die Empfindlichkeit der Pars posterior scheint gegenüber wiederholten Eingriffen, auch bei hohen Dehnungsgraden, welche hier indiziert sind (bis 33—40 Charr.) fast noch eher sich abzustumpfen als in der Pars anterior. Hinsichtlich der Erzeugung von Komplikationen ist auch im Frühstadium der Prostatitis Nachteil nicht zu erwarten, da die Spülflüssigkeit auf etwa vorhandene Mikroorganismen nicht nur eine bakterieide Wirkung ausübt, sondern sie zugleich mechanisch entfernt.

Gelingt es nach vorstehendem der Methode der Spüldehnungen nicht, den Leukocytengehalt des Expressionssekretes unmittelbar während der Behandlung ganz restlos zu beseitigen, so ist mit Nachdruck auf die bei

Behandlung von blennorrhoischen Entzündungsprozessen fast alltägliche Beobachtung hinzuweisen, dafs, nachdem eine energische Kausalbehandlung vorangegangen ist, selbst bedeutende Sekretreste im Verlauf einiger Zeit spontan schwinden. Die Methode der Spüldehnungen ist schon aus äufseren Gründen nicht geeignet, durchweg in allen Fällen von Prostatitis angewandt zu werden, da sie ein zwar nicht für den Patienten, aber für den Arzt kompliziertes Verfahren darstellt. Ihre Anwendung ist vorzugsweise für endoglanduläre Formen (Urethroprostatitis) und für solche Fälle, welche Infiltrationsprozesse der Schleimhaut (Caput gallin., Ductus ejaculatorii) aufweisen, zu empfehlen.

Die übrige Zahl von Heilmethoden bei chronischer Prostatitis ist mehr gegen die entzündlichen Folgezustände in der Prostata (Prostatitis) und die sekundäre Neurasthenie gerichtet.

Die Massage steht besonders unter diesen Mitteln an erster Stelle.

Manche Autoren geben an, der Anwendung von Clysmen und Suppositorien Erfolge zu verdanken.

Mit Recht hebt Posner (Therapie der Hautkrankheiten) an erster Stelle hervor, wie ungemein wichtig die Regelung des Stuhlganges bei chronischer Prostatitis ist, weil Überfüllung der Beckenorgane und Kongestion der Prostata einen Circulus vitiosus darstellen, an welchem jede sonstige gegen die Prostatitis gerichtete Behandlung scheitert.

Von den durch Popper, Scharff, Vertun u. a. empfohlenen elektrischen Prozeduren hat sich mir der faradische Strom (Rektalelektrode) bei längerer Anwendung sehr gut gegen die Impotentia coeundi bei Prostatitis bewährt. Der faradische Strom eignet sich indes nicht für jene Fälle, in welchen auf Grund langjähriger Excesse (Masturbation etc.) gehäufte Pollutionen das Krankheitsbild beherrschen. Die Anwendung des galvanischen Stromes dürfte seltenere Indikationen finden (Kongestions- und Reizzustände, Neuralgien, chronische Obstipation). Die Verwendung einer Konstruktion (in der Längsachse durchbohrte Mastdarmelektrode mit Schlauchansatz, durch welchen vor Zuführung des Stromes 100—200 ccm physiologischer Kochsalzlösung in den Mastdarm eingeführt werden, eine Plattenelektrode bedeckt die Blasengegend) birgt bei Anwendung schwacher Ströme, die bei der Umschaltung eben noch als Reiz empfunden werden, keinerlei Gefahren in sich und verschafft Linderung der Symptome. Die Winternitzsche Kühlsonde wirkt bei Prostatorrhoe, Spermatorrhoe etc. subjektiv sehr wohlthuend. Dafs dieselbe an sich im stande wäre, eine Heilung dieser Zustände herbeizuführen, habe ich nicht beobachtet, vielleicht eher bei Verwendung des Spüldilatators als Kühlsonde. Eine nachhaltige Wirkung erzeugt bei Verwendung wechselnder Temperaturen der Thermopsychrophor (Scharff). Derselbe dürfte ein wertvolles Mittel zur Bekämpfung interstitieller Schwellung und Volumzunahme der Prostata darstellen. Die Konstruktion eines Apparates, welcher gestattet, den Erfolg dieser Prozeduren durch direkte Einwirkung wechselthermischer und medikamentöser Flüssigkeiten (schwache Ichthyollösungen) zu verstärken, gelang mir nur unvollständig; besser entspricht diesen Bedingungen das von Dommer konstruierte Rektalrohr, obwohl bei Verwendung desselben Stockungen des Abflusses auch nach Entleerung des Darms gelegentlich Stuhldrang hervorrufen.

Die Rücksicht auf die andauernd bestehende psychische Depression des Patienten erinnert aber bei allen diesen Mafsnahmen an den ernsten Mahnruf mancher Autoren

(Casper, Posner, Goldberg u. a.) die körperliche und psychische Labilität jener Kranken nicht noch durch eine unablässige Menge von Behandlungsarten zu erhöhen und erfordert es, die komplizierten und mühsamen hydriatischen Prozeduren nicht allzu lange vornehmen zu lassen. Dieselben können nach einiger Zeit zweckmäfsig durch den systematischen Gebrauch von Sitzbädern ersetzt werden, mit welchem die Patienten nicht den drückenden Gedanken einer andauernden ärztlichen Behandlung verbinden. Der Heileffekt einer systematischen Sitzbadkur (2—4 Pfund Seesalz, 24 bis 18°, nachfolgende Körperbewegung, Gymnastik, Lauf) ist bisweilen ganz hervorragend grofs. Man sieht als unmittelbare Folge der Anregung der gestörten Blutzirkulation im Becken langjährige Obstipation schwinden, welche aufser durch Abführmittel nicht zu beeinflussen war. Die zunehmende Abnahme lokal- und allgemein nervöser Symptome und die Hebung des Allgemeinbefindens läfst nicht verkennen, dafs, wie auch Posner annimmt, die Prostata selbst einer Heilwirkung unterliegt.

Dafs die in allen Symptomen ausgebildete Form der chronischen Prostatitis trotz aller Mafsnahmen eine hartnäckige Krankheit ist, ist eine anerkannte Thatsache. Sie braucht vor allem Zeit zur Heilung, wobei nicht zu verkennen ist, dafs meistens die Besserung weniger sprungweise erfolgt, als in Form eines allmählichen Abklingens der Symptome, so dafs in den schwereren Fällen ein Zeitpunkt eingetretener Heilung nicht bestimmt werden kann. Im Sinne einer restitutio ad integrum erscheint dieselbe wohl schon nach allgemein pathologisch-anatomischen Gesetzen als ausgeschlossen. Die Fälle in welchen das Organ der Prostata weniger an der Entzündung beteiligt ist, führen in viel kürzerem Zeitraum zum Erfolg. Trotz des Bestrebens, therapeutisch so schonend wie möglich zu verfahren, erfordern manifeste Rezidive in allen Fällen eine neue zielbewufste Behandlung. Sind die Gonokokken verschwunden, so braucht indessen entgegen dem prognostischen Pessimismus mancher Autoren durchweg an der Wiederherstellung eines allgemeinen Wohlbefindens nicht verzweifelt zu werden.

Ichthargan behandlung der chronischen Gonorrhoe.

Von

Dr. Leo Leistikow.

Vor einem Jahre berichtete ich über ein mir von der Ichthyolgesellschaft in Hamburg zur Verfügung gestelltes neues Präparat, Ichthargan[1], einer Ichthyol-Silberverbindung, welche ich bei akuter Gonorrhoe mit überaus günstigem Erfolge anwandte. Ich zögerte deshalb

[1] Leistikow, Ichthargan, ein neues Mittel gegen Gonorrhoe anterior acuta *Monatshefte für praktische Dermatologie.* Bd. 31. 1890.

nicht, auch bei der chronischen Gonorrhoe das Mittel in Anwendung zu ziehen und ich werde in folgendem nach mehr als zweijähriger Erfahrung über die Resultate des Ichthargans bei chronischer Gonorrhoe berichten. Inzwischen sind von RITEMA[2] und LOHNSTEIN[3] günstige Erfahrungen bei akutem und chronischem Tripper gemacht worden.

Sämtliche von mir mit Ichthargan behandelte Fälle wurden mit dem HIRSCHMANN-CASPER-LEITERschen Endoskop untersucht und der Sitz des Leidens durch die bewährte JADASSOHNsche Spülmethode festgestellt. Es kamen 108 Fälle zur Behandlung mit Ichthargan, welche zum mindesten seit drei Monaten mit Tripper behaftet waren.

I. Urethritis chronica anterior mucosae.

Fall 1. Bestand seit drei Monaten. Kleinkörnige Infiltration der vorderen Urethra in zahlreichen Herden auftretend. Schleimhaut blutreich und geschwollen. Eitriger stark Gonokokkenhaltiger Morgentropfen. Nach vorsichtiger längerer Irrigation der vorderen Röhre mittelst Katheters und Spritze — im Spülwasser zahlreiche dicke Flocken und Fäden — ist der danach gelassene Urin völlig klar. Behandlung: Einführung eines elastischen Katheters bis zum Bulbus. Langsame Spülung einer 0,3% igen Ichtharganlösung mittelst 100 ccm fassender Spritze jeden zweiten Tag. Nach der achten Ausspülung sind die Gonokokken verschwunden. Nach 24 Ausspülungen endgiltige Heilung. Patient stellt sich noch im Verlauf mehrerer Monate zur Untersuchung vor und erweist sich als dauernd geheilt.

Fall 2—6 verhalten sich wie Fall 1. In Fall 3 wurden 0,5%ige Lösungen benutzt, da der Morgentropfen noch nach sieben Ausspülungen 0,3% iger Lösungen eitrig blieb.

Fall 7. Bestand seit vier Monaten. Schleimhaut auffallend hyperämisch und stark mit Schleim durchsetzt. Serös-eitriger Bonjourtropfen. Urethra posterior völlig normal. Behandlung: Wie oben in Fall 1. Schon nach den ersten Irrigationen war die Einführung des Katheters, welche zuerst starke Schmerzen verursachte, völlig schmerzlos, Saftreichtum und Hyperaemie liefsen gleichfalls nach, nach zehn Ausspülungen dauerndes Fortbleiben der Gonokokken. Heilung nach zwanzig Ausspülungen. Patient stellte sich noch mehrere Male nach Ablauf einiger Monate vor und die Untersuchung ergab normales Verhalten.

Fall 8—10 wie Fall 7.

Fall 11. Bestand seit sechs Monaten. Massenhafte kleinkörnige Infiltration. Gonokokken fehlen im Bonjourtropfen, zeigen sich aber in

---

[2] RITEMA, Mitteilung über Ichthargan. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 32, No. 1.
[3] LOHNSTEIN, Über die Wirkung des Ichthargans bei Gonorrhoe und anderen Urogenitalleiden. *Allgem. med. Central-Zeitg.* 1900. No. 80/81.

spärlicher Anzahl in den Filamenten und verschwinden nicht auf zwölf 0,1—0,3% Ichthargan-Irrigationen. Mittelst Katheters und 2 Gramm Inhalt fassender Pravazspritze werden nunmehr täglich 0,5—1% Ichthargan-lösungen in den Bulbus deponiert. Hierauf schnelle Abnahme und nach fünfzehn Injektionen Schwinden der Gonokokken. Schleimhaut zeigt endoskopisch normales Verhalten. Patient dauernd geheilt.

Fall 12 und 13 wie Fall 11.

Fall 14. Bestand seit fünf Monaten. Spärliche Gonokokken im Bonjourtropfen und in den Filamenten. Die Mucosa von spärlichen Infiltraten durchzogen. Da Patient sich weigert, einen Katheter in die Urethra einführen zu lassen, so appliziere ich 0,1% ige Ichthargan-irrigationen mittelst des JANETschen Verfahrens. Dieselben wurden zunächst täglich, dann dreimal wöchentlich vorgenommen, Patient wurde aber erst nach drei monatelanger Behandlung dauernd geheilt entlassen.

Fall 15. Bestand seit vier Monaten. Gonokokken in Filamenten. Schleimhaut mäfsig entzündet. Therapie: wie in Fall 14. Auch hier mufsten die JANETschen Ausspülungen mehrere Monate fortgesetzt werden, bis Heilung eintrat.

Fall 16—18 verhalten sich ähnlich wie Fall 14 und 15.

II. Urethritis chronica anterior mit glandulären Infiltrationen.

Fall 19. Bestand seit vier Monaten. Endoskopisch Urethritis anterior mucosae und hypertrophierende Entzündung der Drüsen der pars pendula und bulbosa. Schleimig-eitriger Bonjourtropfen mit spärlichen Gonokokken, welche auch nicht in den Filamenten fehlten. Die Sondenexploration ergiebt leicht palpable schmerzhafte Herde in der vorderen Röhre. Behandlung: Zur Heilung der Urethritis mucosae Katheter-Irrigation mittelst 0,3% iger Ichtharganlösung jeden zweiten Tag fünf Wochen hindurch. Auch die Drüseninfiltrate verkleinerten sich auffallend. Alsdann dreiwöchentliches tägliches Pinseln der letzteren mittelst des ULTZMANNschen Pinselapparates und 2% iger Ichtharganlösung. Die Gonokokken verschwanden nach dreiwöchentlicher, die entzündlichen glandulären Herde nach fünfwöchentlicher Pinselung. Patient bleibt dauernd geheilt.

Fall 20—22 verhält sich wie Fall 19.

Fall 23—25 erforderten höher prozentierte 3—6% ige Ichthargan-pinselungen.

Fall 26. Glandulär hypertrophischer Herd der fossa navicularis angeblich seit 1½ Jahren bestehend. Heilung durch 5% ige Ichthargan-pinselung nach viermonatlicher Behandlung.

III. Urethritis chronica anterior follicularis.

Fall 27. Bestand seit vierzehn Monaten. In der vorderen Röhre zeigt sich endoskopisch kleinkörnige Infiltration und folliculäre Schwellung. Im eitrigen Bonjourtropfen zahlreiche Gonokokken. Behandlung: Zunächst jeden zweiten Tag Katheterirrigation mittelst 0,3% iger Ichthargan lösung drei Wochen hindurch. Heilung der Urethritis mucosae. Die Urethritis follicularis wurde kaum durch die Irrigation beeinflufst. Nunmehr dreimal wöchentliche Applikation des KOLLMANN-Dilatators bis zur 40 Charrière mit unmittelbar sich anschliefsender Pinselung mit 5 prozentiger Ichthargan lösung. Heilung nach dreimonatlicher Behandlung in toto. LOHNSTEIN hat das Ichthargan bei follikulären Infiltrationen ohne Erfolg versucht; er glaubt, dafs die schon a priori verstopften Ausführungsgänge der Drüsen durch Gerinnselbildung noch mehr verlegt werden. Ich ordinierte teils die Dilatation teils die Anwendung konzentrierter Ichthar lösung und erhielt nun anstatt der follikulären Entzündung eine akute Urethritis arteficialis, welche die alte Entzündung heilte. Die akute Urethritis arteficialis trat in diesem Falle wie auch in den folgenden Fällen viel viel milder auf wie bei Arg. nitric.-Anwendung. Es kam hier nur zu einer einige Stunden nach der Manipulation eintretenden Absonderung eines milchigen Ausflusses mit Trübung der ersten Urinportion, welche nach 24 Stunden vollkommen verschwand.

Fall 28. Bestand seit zwei Jahren. Zwei bedeutende follikuläre Schwellungen im Bulbus, welche auf Sondenexploration sich stark druckempfindlich zeigten. Keine Gonokokken im spärlichen Sekret und in den Flocken. Therapie wie in Fall 27. Heilung nach viermonatlicher Behandlung.

Fall 29—31 wie Fall 28. Im Fall 29 safsen die follikulären Infiltrate allein in der pars pendula.

Fall 32. Bestand seit drei Jahren. Bonjourtropfen. Gonokokken. Follikuläres Infiltrat der fossa navicularis. Behandlung: Dilatation und Ichthargan pinselung. Erfolg negativ. Hierauf Scarifikation des Herdes unter Cocainanästhesie mit dem KOLLMANNschen Messerchen, gleich danach Pinselung mittelst Ichthargan in 5% iger Stärke. Die Scarifikation wurde noch einmal wiederholt, die Pinselung hingegen noch zwei Monate dreimal wöchentlich fortgesetzt. Alsdann dauernde Heilung.

Fall 33. Bestand seit zwei Jahren. Bonjourtropfen. Gonokokken. Die ganze vordere Urethra ist durchsetzt von follikulären Infiltraten. Heilung nach fünfmonatlicher Behandlung mittelst Dilatator und 5% iger Ichthargan pinselung.

Fall 34—36 ähnelten Fall 32 resp. 33.

IV. Urethritis chronica anterior et posterior.

In keinem dieser Fälle war die hintere Harnröhre allein befallen, stets liefsen sich auch Erkrankungen der vorderen Röhre nachweisen.

Fall 37. Bestand seit acht Monaten. Weiche Infiltrate im Bulbus und der pars pendula, mucöser Katarrh der pars membr. u. prostatic. Gonokokken. Blase und Prostata normal. Behandlung nach Letzel mittelst des Ultzmannschen Irrigations-Katheters, welcher an seinem Ende siebförmig durchlöchert und mit einer 10 ccm Flüssigkeit fassenden Spritze verbunden ist. Ich verwandte zur Injektion 0,075% ige Ichtharganlösung und behandelte jeden zweiten Tag. In der pars posterior deponierte ich nur 3 ccm, die übrigen 7 ccm wurden durch Zurückziehen des Katheters in den Bulbus und damit auch in die pars pendula entleert. Heilung der urethritis posterior und Verschwinden der Gonokokken nach sechswöchentlicher Behandlung. Niemals traten Reizerscheinungen auf, wie ich sie bei Arg. nitr. so häufig beobachtet hatte. Da die weichen Infiltrate der vorderen Röhre sich durch diese Injektion zwar zurückbildeten, aber nicht völlig schwanden, so applizierte ich 5%ige Ichtharganlösung mittelst des Ultzmannschen Pinsels vier Wochen dreimal wöchentlich. Es trat dauernde Heilung ein.

Fall 38. Bestand seit einem Jahr. Weiche Infiltrate im Bulbus. Mucöser Katarrh der pars posterior. Spärliche Gonokokken. Therapie und Resultat wie in Fall 37.

Fall 39—41 wie Fall 37 und 38.

Fall 42. Bestand seit $2^1/_2$ Jahren. Glandulär hypertrophische Herde in der fossa navicularis und im Bulbus, urethritis posterior mucosae. Da die Behandlung mittelst des Irrigations-Katheters und Ichtharganlösung selbst in 0,3%iger Stärke wohl die Gonokokken, aber nicht die Entzündung beseitigte, so wurden mittelst des Ultzmannschen Harnröhreninjektors wenige Tropfen einer 1—3%igen Ichtharganlösung dreimal wöchentlich in die pars posterior injiziert. Gleich nach jeder Einträufelung wurden die Herde der vorderen Röhre energisch mit 5%iger Ichtharganlösung gepinselt. Definitive Heilung nach achtmonatlicher Behandlung.

Fall 43—49 wie Fall 42.

Fall 50. Bestand seit sechs Monaten. Glandulär hypertrophische Infiltrate der pars anterior, leichte hypertrophische Schwellung des caput gallinaginis. Gonokokken. Auch hier bewirkte Einträufelung von 5%iger Ichtharganlösung mittelst des Injektors in die pars prostatica nach dreimonatlicher Behandlung Heilung. Niemals traten Reizerscheinungen auf. Die Infiltrate der vorderen Röhre wichen prompt der Pinselung mit 5%iger Ichtharganlösung.

Fall 51—59 wie Fall 50.

V. Urethritis chronica anterior et posterior plus Prostatitis chronica.

Fall 60. Bestand seit $1^3/_4$ Jahren. Im Bulbus zwei weiche Infiltrate, Urethritis posterior mucosae mit Prostatorrhoe und starker Schwellung des caput gallinaginis. Neurasthenia sexualis. Prostata per rectum herdweise infiltriert, Gonokokken. Therapie: Zunächst Spülung beider Harnröhrenabschnitte mit dem Irrigationskatheter und 0,5% Ichtharganlösung dreimal wöchentlich drei Wochen lang. Alsdann Einträufeln von 3%iger Ichtharganlösung mittelst Injektors in die pars posterior, Abschwellung des Samenhügels, Abnahme der Prostatorrhoe nach acht Einträufelungen innerhalb zwei Wochen. Nebenhergehende Pinselung der weichen Infiltrate der vorderen Urethra mit 5%iger Ichtharganlösung. Hierauf Behandlung der Prostatitis. Es wurden dreimal wöchentlich Unnasche Salbensonden, welche mit Ichthargansalbe bestrichen wurden, bis zur Blase geführt und zehn Minuten liegen gelassen. Ich ziehe die Unnaschen Zinnsonden allen starren Metallbougies vor, weil man dieselben je nach der Bauart der Urethra biegen kann. Ist z. B. der Symphysenknochen sehr stark entwickelt, so verhindert die übliche Beniquésche Krümmung oft eine glatte Einführung, ja sie täuscht nicht selten Strikturierung vor. Bei den Zinnsonden hat man nur nötig, den Bogen etwas konvexer zu nehmen und die Sonde geht ohne Schwierigkeit in die pars posterior. Zur Salbenbasis benutzte ich die Fleinersche Vorschrift, als Medikament Ichthargan.

℞ *Ichthargani* 1,0
Cerae flavae 2,0
Butyr. Cacao 17,0.
Misce leni calore, funde in tabulam.

Vor dem Gebrauch wurde die Zinnsonde über einer Spirituslampe erhitzt, durch Hin- und Herziehen über die Salbentafel schnell ein Überzug erzeugt, welcher nach Eintauchen der Sonde in kaltes Wasser sofort trocknet. Nach vierwöchentlicher Sondierung Abheilung der Urethritis posterior. Fernbleiben der neurasthenischen Beschwerden, Abheilung der Prostatainfiltrate.

Fall 61—65 wie Fall 60.

Fall 66 wie Fall 60. Nur wollten die Prostatainfiltrate nicht schwinden. Dieselben wichen einer dreiwöchentlichen täglich durchgeführten Massage mit 3%iger Ichtharganvaselin.

Fall 67—70 wie Fall 66.

Fall 71 wie Fall 66. Doch wichen die Prostatainfiltrate und die neurasthenischen Beschwerden selbst ergiebiger Massage nicht. Ich ordinierte deshalb Mastdarmklystiere mittelst 1%iger Ichtharganlösung. Es

wurden jedesmal 100 ccm appliziert dreimal täglich. Heilung nach vierwöchentlicher Klysma-Applikation neben Salbensondenbehandlung.

Fall 72—74 wie Fall 71.

Fall 75—81 verhalten sich wie die letzteren Fälle. Nur waren hier follikuläre Infiltrate der vorderen Harnröhre vorhanden, welche durch KOLLMANNs-Dilatationen und 5%ige Ichtharganpinselung in mehreren Monaten geheilt wurden.

VI. Cystitis chronica.

Fall 82—92. Sämtliche zehn Fälle wurden durch Blasenspülungen mit 0,1—0,2%iger Ichtharganlösung 4—6 Wochen im Durchschnitt behandelt und geheilt ohne jede Reizerscheinung. Die Spülungen wurden mit 100 ccm fassender Spritze vorgenommen und zwar ein um den anderen Tag. In Fall 82—86 bestand auch noch eine Urethritis chronica anterior et posterior, welche mit Ichthargan behandelt und geheilt wurde. Die Prostata war in keinem Falle erkrankt.

Ich darf nun auch über die negativen Resultate berichten.

Fall 93—99. Es handelt sich in allen diesen Fällen um Urethritis anterior allein, posterior plus anterior mit oder ohne Prostatitis. Ichthargan schlug fehl. Ich nahm deshalb zum Arig. nitric. meine Zuflucht und hatte auch damit keinen Erfolg. In Fall 93—96 handelte es sich um Personen von skrophulösem Habitus, in 97—99 um habituelle Exzedenten in Baccho et Venere.

Fall 100—108. Urethritis chronica anterior et posterior. Fall 106 bis 108 kompliziert mit Prostatitis. Ichthargan besserte die Urethritiden erheblich, doch konnte ich erst durch Arg. nitric. dauernde Heilung erzielen.

Das Resultat der Ichtharganbehandlung ist im allgemeinen ein durchaus günstiges. Von 108 Fällen wurden 92 durch Ichthargan geheilt. Mag dasselbe als Irrigation, als Einträufelung, als Pinselung, in Form von Salbensonden appliziert werden, stets schwinden allmählich Gonokokken und Entzündung, ohne dafs Reizerscheinungen zur Beobachtung kommen.

I. Das Ichthargan tötet prompt die Gonokokken.

II. Es wirkt stark entzündungswidrig.

III. Es bewährt sich das Ichthargan:

a) bei Urethritis chronica anterior mucosae als 0,1 bis 0,3%iger Katheterirrigation oder in Form des JANETschen Verfahrens.

b) bei Urethritis chronica anterior glandularis in derselben Form oder besser als ULTZMANNsche Pinselung in 3—5%iger Stärke.

c) bei Urethritis chronica anterior follicular. als Pinselung kombiniert mit dem Dilatations- resp. Skarifikationsverfahren.

d) bei Urethritis chronica anterior et posterior mucosae: als 0,075—0,3%ige Injektion mittelst des ULTZMANNschen Irrigationskatheters oder in der Stärke von 1—5% als Einträufelung mittelst des Harnröhreninjektors. Behandlung der Urethr. ant. wie oben.

e) bei Urethritis chronica anterior et posterior und hypertrophischer Schwellung des caput gallinaginis und chronischer Prostatitis wie bei d) und in Form von Salbensonden, welche mit 5%iger Ichtharganalbe bestrichen sind. Zur Behandlung der Prostatitis als Massage mit 3%iger Ichtharganvaselin oder 1%iges Klysma.

f) bei Cystitis chronica als 0,1—0,2%ige Blasenspülung.

Aus der Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten im Allgemeinen Krankenhause St. Georg. (Oberarzt Dr. ENGEL-REIMERS.)

Mikroskopische Gonokokkenbefunde bei alten und bei gefangenen Prostituierten.

Von

Dr. LOCHTE.

In dem auf dem Brüsseler Kongreſs erstatteten Referate über die Gonorrhoe der Prostituierten streift Prof. JADASSOHN die Frage (p. 73), „ob nicht vielleicht die Infizierbarkeit mit dem zunehmenden Alter der Prostituierten allmählich geringer wird. Die Thatsache, daſs auch solche alten Prostituierten, von denen man nicht voraussetzen kann, daſs sie irgend welche Vorsichtsmaſsregeln anwenden, oft auffallend frei von Gonorrhoe bleiben, läſst an diese Möglichkeit denken."

Auf Seite 63 bringt J. auſserdem eine Statistik von SCHULTZ, aus der sich ergiebt, daſs mit zunehmendem Alter die Prostituierten seltener gonorrhoekrank befunden werden.

Unter 179 seit weniger als ½ Jahr Prostituierten waren nicht gonorrhoisch 56 = 27,9%;

unter 77 seit 2—3 Jahren Prostituierten waren nicht gonorrhoisch 59,7%;

unter 48 seit mehr als 4 Jahren Prostituierten waren nicht gonorrhoisch 75%;

unter 19 seit mehr als 8 Jahren Prostituierten waren nicht gonorrhoisch 84% (im Auszug).

Mit anderen Worten heifst dies, mit zunehmendem Alter tritt bei Prostituierten eine Art von Immunität[1] gegen gonorrhoische Infektion ein. Es fragt sich nun, ist diese Anschauung berechtigt; sind wirklich die alten Puellen für die mit ihnen verkehrenden Männer weniger gefährlich als die jungen Prostituierten?

Aus polizeiärztlichen Untersuchungen wissen wir, wieviel Puellen überhaupt mit Hülfe des Mikroskops gonorrhoekrank gefunden werden. Es sind dies nach den Untersuchungen von NEISSER, BÜTTNER und GOLDSCHMIDT durchschnittlich 22,9 %.

Unsere eigenen Untersuchungen erstreckten sich diesmal auf 44 Prostituierte, die seit 15—20 Jahren in Hamburg dauernd unter Sittenkontrolle standen. Jede Person kam zweimal — meist an aufeinanderfolgenden Tagen — auf dem Stadthause zur Untersuchung, mit Ausnahme von 4, die wegen Haftstrafen und aus anderen Gründen nur einmal erschienen.

Die mikroskopischen Präparate wurden angefertigt von der Urethra, von beiden BARTHOLINIschen Drüsen, aus der Vagina, dem Cervix und einige Male auch vom After.

Bei Entnahme der Sekretproben zeigte es sich sehr bald, dafs in einer grofsen Reihe von Fällen (28 mal aus einer, 19 mal aus beiden BARTHOLINIschen Drüsen) aus den BARTHOLINIschen Drüsen kein Sekret gewonnen werden konnte, da dieselben derart exprimiert waren, dafs auch nicht eine Spur von Flüssigkeit zu gewinnen war.

Auch die Vaginalschleimhaut war vielfach so trocken, dafs keine Ausstrichpräparate gemacht werden konnten.

Die Gonokokkenbefunde wurden nur dann als positiv gezählt, wenn sich typische semmelförmige und intracellulär gelagerte Kokken mit 1/12 Oel. Immersion bei Karbolfuchsinmethylenblaufärbung in dem zumeist eitrigen Sekret fanden.

Von den 44 Puellen kamen im ganzen 277 mikroskopische Präparate zur Durchsicht, von denen in 16 Gonokokken gefunden wurden. Diese

---

[1] Den Ausdruck „eine Art von Immunität" müssen wir gebrauchen, weil das, was wir sonst unter Immunität zu verstehen pflegen, hier nicht pafst. Wir verstehen darunter im allgemeinen eine chemische Änderung des Zellebens bei morphologischer Integrität derart, dafs Krankheitserreger entweder nicht zu haften vermögen oder, falls sie haften, doch im Kampfe mit den zelligen Bestandteilen des Organismus bald unterliegen (Immunität gegen Milzbrand, Tetanus, Diphtherie etc.) — Wenden wir den Begriff der Immunität bei den gonorrhoischen Prozessen an, so sind uns bislang Stoffwechselprodukte des Gonococcus nicht bekannt, durch deren Einverleibung in den Organismus die pathogenen Eigenschaften des Gonococcus sicher beseitigt würden, vielmehr handelt es sich bei der in Frage kommenden Immunität älterer Prostituierter um Verödung der BARTHOLINIschen Drüsen durch wiederholte Abscesse, um Verödung paraurethraler Gänge und Krypten an der Urethra, um Metaplasie des Epithels der letzteren, kurz um gewebliche Veränderungen derart, dafs das Haften der Gonokokken erschwert oder unmöglich wird.

16 Präparate entstammten 9 Prostituierten. Es waren also 20,4% der Untersuchten gonorrhoekrank.

Bemerken möchte ich, dafs bei 6 Personen im Cervix uteri Gonokokken gefunden wurden, in der Urethra bei 2, in den BARTHOLINIschen Drüsen ebenfalls bei 2.

Bei einer Puella fanden sich die Gonokokken gleichzeitig in der Urethra und in der linken BARTHOLINIschen Drüse; einmal in beiden BARTHOLINIschen Drüsen; einmal im Cervical- und Vaginalsekret.

Dieser Befund von 20,4% gonorrhoekranker Individuen ist ungemein interessant, denn er zeigt, dafs sich bei den alten Prostituierten fast ebenso oft Gonokokken finden, wie durchschnittlich überhaupt bei polizeiärztlicher Kontrolle der Prostituierten.

Die oben aufgeworfene Frage mufs demnach dahin beantwortet werden, dafs eine Immunität gegen Gonorrhoe bei alten Puellen in Wirklichkeit nicht existiert.

Der Befund hat aber nun noch eine weitere Bedeutung. Dr. ENGEL-REIMERS hat in den Jahresberichten des Allgemeinen Krankenhauses St. Georg 1879, 1880 und 1881 die Häufigkeit der sekundären Syphilis und der übrigen ansteckenden Geschlechtskrankheiten bei den verschiedenen Altersklassen der hiesigen Prostituierten übersichtlich zusammengestellt. Diese Zusammenstellung stützt sich

für	das	Jahr	1879	auf	die	Zahl	von	873	Puellen,
„	„	„	1880	„	„	„	„	861	„
„	„	„	1881	„	„	„	„	798	„

Dabei hat sich herausgestellt, dafs sämtliche 3 Jahrgänge genau die gleichen Verhältnisse zeigten und dafs die Häufigkeit der nicht syphilitischen ansteckenden Geschlechtskrankheiten bei allen Altersklassen nahezu dieselbe war (durchschnittlich 20%).

Dr. ENGEL-REIMERS hat als Ergebnis seiner damaligen Untersuchungen im Jahresbericht des Allgemeinen Krankenhauses von 1881 pag. 35 bereits ausgesprochen, „dafs die Empfänglichkeit für Blennorrhoe und Schanker (Ulcus molle) bei allen Altersklassen nahezu die gleiche ist, mithin die oft behauptete Immunität der alten Puellen für diese Krankheiten in Wirklichkeit nicht existiert, und dafs diese Sätze nunmehr wohl als sicher bewiesen und keiner weiteren statistischen Begründung bedürftig angesehen werden dürfen."

Die damaligen klinischen Befunde decken sich nun fast völlig mit dem Ergebnis unserer jetzigen Untersuchung. Wiederholte statistische Zusammenstellungen haben nämlich gelehrt, dafs bei den hiesigen Prostituierten auf 6—7 Fälle von Gonorrhoe erst ein Fall von weichem Schanker kommt. Der letztere wird überhaupt bei einer sorgfältigen

Kontrolle nur selten beobachtet, er kann geradezu als ein Prüfstein für die Art der Kontrolle gelten.

Demnach fällt nur ein geringer Teil jener 20% auf Rechnung des Ulcus molle, das Gros gehört der Gonorrhoe. Wir müssen demnach schliefsen: die Zahl der Gonorrhoen, die durch die mikroskopische Untersuchung der Sekrete zur Erkennung kommt, ist keine grofse. Sie rechtfertigt nicht den Aufwand an Zeit, Mühe und Kosten, den die Durchführung der mikroskopischen Untersuchung erfordern würde, wie ich das früher bereits nachgewiesen habe.[2]

Wenn nun bei alten Prostituierten sich dieselbe Zahl von Gonorrhoe findet, wie bei der polizeiärztlichen Untersuchung der Prostituierten überhaupt, so erhebt sich damit die weitere Frage, was wird aus der Gonorrhoe, wenn infolge zunehmenden Alters die betreffenden Individuen ihrem Gewerbe entsagen müssen? So interessant diese Frage ist, so hat sie doch meines Wissens keine Bearbeitung erfahren, und zwar aus dem naheliegenden Grunde, weil es überhaupt schwer hält, über die späteren Schicksale von Prostituierten Sicheres in Erfahrung zu bringen. Die Verhältnisse, diese Frage zu prüfen, lagen hierorts insofern günstig, als im hiesigen Werk- und Armenhause eine Reihe älterer Prostituierter untergebracht war, im ganzen 10, die vor 3, 9, 9, 9, 15, 16, 16, 23, 24, 25 Jahren hier unter Sittenkontrolle gestanden hatten. Sie standen sämtlich jenseits des 50. Lebensjahres, einige darunter litten an ausgesprochener Kraurosis vulvae, einige an eitrigen Katarrhen des Cervix und der Vagina. Sie kamen alle nur einmal zur Untersuchung. Unter 37 angefertigten Präparaten wurden in keinem einzigen Gonokokken gefunden.[3]

Diese Befunde machen es wahrscheinlich, dafs die Gonorrhoe der alten Prostituierten allmählich spontan zur Heilung gelangt. Der Beweis kann aber bei der geringen Zahl der Untersuchungen nicht als erbracht gelten.

Es war demnach wünschenswert, das gefundene Resultat weiterhin zu kontrolliren und festzustellen, innerhalb welcher Frist die Heilung vor sich geht.

Dank dem Entgegenkommen der Gefängnisdeputation sowie der Herren Dres. Sthamer und Meyer war es mir möglich, zunächst von 13 im hiesigen Untersuchungsgefängnis internierten Puellen Präparate zu erhalten. 20 Prostituierte konnte ich dann selbst zweimal in 14tägiger Pause im hiesigen Zentralgefängnis in Fuhlsbüttel untersuchen.

Dabei ergab sich, dafs im Untersuchungsgefängnis nur eine Person

---

[2] *Monatshefte f. prakt. Dermatologie*, 1896. II. p. 115: „Über den praktischen Wert des mikroskopischen Gonokokkennachweises bei Prostituierten."

[3] Für die Möglichkeit dieser Untersuchungen bin ich Herrn Dr. Zippel zu Danke verbunden.

gonorrhoisch befunden wurde. Sie war einen Monat vorher im Allgemeinen Krankenhause wegen Gonorrhoe in Behandlung gewesen, litt also an einem Rezidiv.

Im Zentralgefängnis waren sicher gonorrhoekrank 3; zweifelhaft 2, insofern sich bei diesen nur locker verstreute — nicht intracelluläre — semmelförmige Kokken fanden zwischen zahlreichen anderen Bakterien. Gravide war keine der Untersuchten.

Im ganzen kamen 119 mikroskopische Präparate von 33 Puellen zur Durchmusterung. Viermal fanden sich demnach sichere Gonokokken = 12,1%, unter Hinzufügung der verdächtigen Fälle 6 mal = 18,1%. Von Interesse sind nun die folgenden Details:

Sicher gonorrhoisch waren:

1. eine 34jährige Puella, seit 20 Monaten interniert, Gonokokken in der Urethra; Cervix zweifelhaft; BARTHOLINIsche Drüsen frei;
2. eine 40jährige Puella, seit 9 Monaten interniert, Gonokokken im Cervicalsekret;
3. eine 50jährige Puella, seit 6 Monaten interniert, Gonokokken in dem Urethralsekret, BARTHOLINIsche Drüsen und Cervix frei;
4. eine Puella aus dem Untersuchungsgefängnis, Gonokokken im Urethral-Vaginal- und Cervicalsekret.

Die beiden Suspecten waren seit 8 bezw. 3 Monaten im Gefängnis; einmal war das Urethral-, einmal das Cervicalsekret das verdächtige.

Demnach war im Urethralsekret 3mal sicherer, 1mal zweifelhafter Gonokokkenbefund, im Vaginalsekret 1mal sicherer und im Cervicalsekret 2mal sicherer und 2mal unsicherer Gonokokkenbefund.

Wiewohl wir nun wissen, dafs die Gonorrhoe zuweilen unheilbar sein kann, so glaube ich doch nicht, dafs es sich in allen diesen Fällen um solche Formen gehandelt hat. Dagegen spricht schon die grofse Zahl der gefundenen Gonorrhoen. Die betreffenden Individuen werden sich kurz vor ihrer Internierung von neuem infiziert haben oder an Rezidiven erkrankt sein. Ein etwaiger Einfluſs mangelnder mikroskopischer Gonokokkenuntersuchung vor der Internierung kann, da über Gonokokkenbefunde bei gefangenen Prostituierten sonst keine Mitteilungen vorliegen, überhaupt nicht diskutiert werden.

Wie dem nun auch sein mag, das eine geht aus diesen Untersuchungen mit Sicherheit hervor, dafs die nicht behandelte Gonorrhoe zuweilen sehr lange Zeit bis zum spontanen Erlöschen braucht.

Ziehen wir kurz das Resumé aus diesen Untersuchungen, so ergiebt sich:

1. Eine Immunität älterer Prostituierter gegen Gonorrhoe existiert in Wirklichkeit nicht.

2. Die Zahl der bei der polizeiärztlichen Kontrolle durch die mikroskopische Untersuchung festgestellten Gonorrhoen beträgt ca. 20%, ein

annähernd ebenso grofser Prozentsatz hat sich vor Jahren bereits in Hamburg ergeben ohne Zuhülfenahme des Mikroskops.

3. Sich selbst überlassen, kommt zwar die Gonorrhoe allmählich zur Ausheilung. Es kann aber Jahr und Tag darüber vergehen. Bei gefangenen Puellen wurden in 12,1 (18,1) % der Fälle Gonokokken in den Genitalsekreten nachgewiesen.

Aus Dr. Unnas Dermatologicum.

Plasmazellen und Lymphocyten in genetischer und morphologisch-tinktorieller Hinsicht.[1]

Von

Dr. A. Pappenheim.

Die Ähnlichkeit der kleinkernigen Granulationszellen mit Lymphocyten ist von jeher aufgefallen und hat vielfach zu der Annahme veranlafst, dafs die kleinen einkernigen bei chronischen Gewebsreizungen auftretenden Gebilde lediglich Lymphocyten seien.

Diese Meinung war die verbreitete, solange man nur mittels Hämatoxylin Kernfärbungen bewirkte. Unna war der erste, der die Notwendigkeit von Plasmafärbungen urgierte und die polychrome Methylenblau-Glycerinäther-Methode zu diesem Zweck vorschlug und vervollkommnete.

Mit Hilfe derselben behauptete er, dafs fast alle Rundzellen eines Granulationsgewebes ein deutlich darstellbares Granoplasma führten, welches den Lymphocyten, die aufserdem hierbei viel kleiner erschienen, abginge. Die kleinen runden Granulationszellen seien Zellen sui generis, die er „Plasmazellen" zu nennen vorschlug, und hervorgegangen aus Bindegewebszellen. Zwar hätten die kleinsten Granulationszellen nicht immer deutliches „Granoplasma", doch sei dieses nur degenerativ verloren gegangen. Ursprünglich hätten sie dasselbe auch geführt, wie Übergangsbilder zeigen, und sie seien ebenfalls „grofse" Plasmazellen gewesen. Da sie aus letzteren entstanden sind, also mit diesen eine genealogische Einheit bilden, bezeichnete er sie als „Plasmatochterzellen".

Das thatsächlich neue, was diese Färbungsmethode brachte, mufste auch anerkannt werden, wurde jedoch anders gedeutet. Es wurde bestritten, dafs Plasmazellen Bindegewebselemente seien und behauptet, dafs, wennschon sie nicht einfache Lymphocyten seien, sie doch modifizierte Lymphocyten

[1] Kurzes Referat einer ausführlich in *Virchows Archiv* erscheinenden Arbeit.

wären, d. h. aus ausgewanderten Lymphocyten hervorgegangen und entstanden gedacht werden müfsten (MARSCHALKÓ), wobei die kleinsten plasmafreien Tochterzellen noch unveränderte Lymphocyten sind, die sich durch Aufnahme von Granoplasma zu grofsen typischen Plasmazellen umgestalten.

Nun aber ist die Auswanderungsfähigkeit der Lymphocyten eine stark bestrittene. Dazu kommt, dafs sich Plasmazellen nicht nur in der Umgebung kleiner Kapillaren, sondern auch in gefäfsfreien Geweben (Cornea) oder in der Umgebung von Arterien finden, aus denen Auswanderung nie stattfinden kann. Daher mufs die Deutung MARSCHALKÓS abgelehnt werden, ganz abgesehen davon, dafs es gezwungen erscheint, die Hypothese einer progressiven Fortentwicklung reifer kleiner Lymphocyten aufzustellen, um das Entstehen grofser plasmatischer Zellen zu erklären, die nichts Besonderes, sondern durchaus lymphocytäre Elemente sein sollen.

Ich habe mit Hilfe einer chemisch-elektiven Beizendoppelfärbung (Methylgrün-Pyronin-Resorcin) von neuem lymphoide Organe und Granulationsgewebe untersucht, und bin dabei zu folgenden Resultaten gekommen:

1. Unter Lymphocyten sind nicht nur die kleinen typischen Lymphkörperchen des normalen Blutes zu verstehen, sondern hierzu gehören auch die sogenannten grofsen Lymphocyten, welche die Keimzentrumszellen der Lymphknoten zusammensetzen und aus denen die kleinen Lymphocyten durch Teilung hervorgehen. Diese grofsen Lymphocyten verhalten sich morphologisch und tinktoriell völlig wie grofse typische Plasmazellen.

2. Die kleinsten Plasmatochterzellen sind schon normalerweise granoplasmafrei, haben auch keine Radkerne wie die grofsen Mutterzellen, sondern Bläschenkerne. Sie verhalten sich morphologisch und tinktoriell völlig wie kleine Lymphocyten. Sie entstehen aus den grofsen Plasmazellen bei der normalen progressiven Teilung letzterer, bilden also mit ihnen trotz des im einzelnen abweichenden morphologisch-tinktoriellen Verhaltens im Schnittpräparat eine genealogische Einheit. Auf dem Deckglas hingegen verhalten sie sich isomorph und isochromatophil den grofsen Mutterzellen, nur dafs sie viel kleiner sind.

3. Es bestehen also zwei parallele Reihen:

Grofse Plasmazellen — Plasmatochterzellen

Grofse Lymphocyten — Kleine Lymphocyten.

Man hat nun nicht mehr „grofse Plasmazellen“ und „kleine Lymphocyten“ in Beziehung zu bringen, sondern nur entsprechende Formen.

Dafs kleine Plasmatochterzellen nicht kleine Lymphocyten sein können, geht schon aus den obigen Gründen hervor, welche zur Ablehnung der MARSCHALKÓschen Lehre führten.

Aus dem nämlichen Grunde können grofse Plasmazellen keine grofse Lymphocyten sein, ganz abgesehen davon, dafs grofse Lymphocyten im normalen Blut nicht vorkommen.

4. Wir kommen also zu dem Ergebnis, dafs Lymphocyten und Plasmazellen zwei gesonderte Zellgattungen vorstellen, die in keinem direkten genetischen Konnex stehen. Sie sind zwar morphologisch und tinktoriell gleiche Gebilde, aber von verschiedener Provenienz. Die Lymphocyten entstammen dem normalen retikulären Gewebe, die Plasmazellen sind Reizungsderivate fixer Bindegewebszellen. Erstere bewahren konstant ihre Rundzellennatur, letztere sind nur indifferente Überleitungsformen von temporärem Charakter, die protentiell zur Rückverwandlung in stromatische Spindelzellen disponiert sind. Die Lymphocyten sind die „normalerweise" gebildeten „Plasmazellen des retikulären Gewebes"; Plasmazellen hingegen, wenn man will, pathologischerweise aus den Zellen des fibrillären kollagenen Bindegewebes hervorgegangene Lymphocyten, wie denn ja auch im embryonalen Leben nach MARCHAND echte Lymphocyten direkt von histiogenen Adventitiazellen (Klasmatocyten) gebildet werden.

Aus Dr. UNNA's Dermatologicum.

Über spontanen und künstlichen Transport von Zellsubstanzen und über Kochsalz als mikrochemisches Reagens.

Von

P. G. UNNA.

Einem Jeden, welcher die Histologie der Hautkrankheiten und speziell diejenige der Granulome mittelst der von mir angegebenen Protoplasmafärbungen studiert, mufs die Häufigkeit des Protoplasmatransports von den Bindegewebe- und Epithelzellen in die Lymphwege und Blutgefäfse auffallen. Nachdem auf diesen Punkt meine Aufmerksamkeit zuerst bei der Mykosis fungoides, bei Ulerythema centrifugum, bei abheilenden Syphiliden und einigen anderen mit Zellenzerfall einhergehenden Hautaffektionen gelenkt war, die ihre Beschreibung in meiner Histopathologie der Haut gefunden haben, beobachtete ich denselben Transport, freilich in sehr viel geringerem Grade ausgeprägt bei fast allen mit der Bildung von Plasmazellen und anderen hypertrophischen Bindegewebszellen, sowie bei der mit Hypertrophie der Stachelzellen (Akanthose) einhergehenden Dermatosen und zwar um so regelmäfsiger, je besser die Methode und die Technik der Protoplasmadarstellung wurden.

Wir haben bekanntlich in histologischem Sinne zwei strukturell und tinctoriell durchaus verschiedene Bestandteile des Protoplasmas zu unter-

scheiden, das wabig (schaumig) gebaute Spongioplasma und das amorphkörnige Granoplasma. Der Protoplasmatransport bezieht sich nun fast allein auf das Granoplasma, während das spongioplastische Wabengerüst der Zellen zurückbleibt und sogar im selben Maſse, wie es isoliert wird, deutlicher hervortritt. Man kann den Prozess des Transportes daher in Bezug auf die Zellen auch als eine Protoplasmatrennung, eine Dissoziation bezeichnen und zwar tritt dieselbe in zwei durch viele Uebergänge verbundenen aber doch wohl zu unterscheidenden Formen auf.

In einigen Fällen schwindet das Granoplasma in den Zellen in stärkerem Maaſse als es in den benachbarten Lymphspalten wiedererscheint, das Spongioplasma der Zellen tritt rein, sauber hervor und die granoplastischen Körnelungen in den Lymphspalten sind klein, spärlich, schwach färbbar. In den extremen Fällen dieser Art, welche stets ein allgemeines Ödem des betreffenden Gewebes erkennen lassen, sind die Zellen vergröſsert, kuglig aufgetrieben, regelmäſsig abgerundet unter starker Anschwellung der einzelnen Waben, sodass sie einer kerntragenden Schaumkugel gleichen und zweckmäſsig als Schaumzellen bezeichnet werden.

In einer anderen Reihe von Fällen entspricht die Menge des Granoplasmas in den Lymphwegen vollkommen den Granoplasmadefekten der benachbarten Zellen und das extracellulöse Granoplasma zeigt dieselbe amorphkörnige Beschaffenheit und starke Tingibilität wie dasjenige der Zellen. Die letzteren sind unregelmäſsig geformt, zeigen einen unterbrochenen, zerfetzten Rand, als wären mechanisch einzelne granoplasmaerfüllte Waben ausgebrochen worden. Das zurückbleibende Spongioplasma ist nicht glatt von Granoplasma gesäubert, sondern überall von demselben bestäubt und bedeckt und am Rande häufig in Fransen ausgezogen, als wäre es durch mechanische Gewalt beim Abbröckeln des Granoplasmas zerrissen.

Kann man die erstere Form des Protoplasmatransports als eine Auswaschung des Granoplasmas, eine Verschäumung des Gesamtprotoplasmas bezeichnen, so würden für den letzteren Vorgang besser die Bezeichnungen einer Abbröckelung, einer Ausfuhr des Granoplasmas und eines Abbaues des Gesamtprotoplasmas passen. Offenbar beteiligen sich bei ersterem Transport grössere Wassermengen als bei letzterem, er stellt eine Ausfuhr des Granoplasmas mit gleichzeitiger Auflösung desselben dar. Beide Arten des Transports gehen aber in vielseitigster Weise in einander über; Uebergänge bilden die Regel, die extreme, einseitige Ausbildung einer Form die Ausnahme.

An diese allgemeinen Erfahrungen über spontanen, pathologischen Granoplasmatransport wurde ich erinnert, als ich vor 2 Jahren bei einer zu ganz anderem Zwecke unternommenen Versuchsreihe auf einen Transport des Granoplasmas stieſs, den ich künstlich an histologischem Material

erzeugt hatte und ad libitum in jedem Grade wieder zu erzeugen im Stande war. Bei dieser noch nicht abgeschlossenen Versuchsreihe, über welche ich später berichten zu können hoffe, handelte es sich um Ermittelung des Einflusses aller bekannten Eiweifs fällenden und lösenden Substanzen auf die Erhaltung des protoplasmatischen Strukturbildes. Ich ging dabei von der Voraussetzung aus, dafs die histologischen Elemente des Protoplasmas, speziell das Spongioplasma und Granoplasma sehr wenig Eiweifs enthielten und viel komplizierter als das Eiweifsmolekül zusammengesetzt seien. Besonders die Untersuchungen von ALEXANDER SCHMITT (Dorpat) über die Zusammensetzung des Protoplasmas[1] haben gelehrt, dafs die bekannten, einfachen Eiweifskörper und speziell die bei Gegenwart von Kochsalz löslichen, in den meisten Zellen nur einen geringeren Prozentsatz der Zellsubstanz ausmachen.

Ich war daher nicht wenig überrascht, als ich fand, dafs Neutralsalze und in ganz besonders hohem Grade Kochsalz eine derartige Auflösung von Protoplasma herbeiführen, dafs die bekannte Zellstruktur völlig verwischt wird. Hierbei zeigte sich, dafs das Granoplasma dem Einflusse des Kochsalzes viel weniger Widerstand leistet als das Spongioplasma, sodafs zunächst in gewissem Grade eine Isolirung des Spongioplamas die Folge ist. Uebrigens wirken die von mir gebrauchten Salze (Kochsalz, Magnesiumsulfat, Ammoniumsulfat, Natronsulfat) alle etwas verschieden auf die Bestandteile des Protoplasmas (und der Kerne) ein. Es liegt hier eine Möglichkeit vor, die Durchströmung der Gewebestücke mittelst Eiweifs lösender Medien vor der Härtung zur histologischen Analyse des Protoplasmas zu benutzen und damit ein neues und interessantes Arbeitsfeld zu erschliefsen. Auf die in dieser Richtung von mir gemachten Erfahrungen im Ganzen kann ich an dieser Stelle nicht eingehen; ich möchte mich hier lediglich auf die Schilderung der Präparate beschränken, die durch Kochsalzbehandlung gewonnen werden, da sie einfach und eindeutig sind und mir in überreicher Anzahl vorliegen. Ich benutzte zu diesen Versuchen die bei Operationen abfallenden Stücke von Wundgranulationen einerseits, von Rhinophym andererseits, da diese Gewebe an hypertrophischem Protoplasma sehr reich sind. Die Rhinophymstücke gewähren noch den Vorteil, den Einfluſs der Kochsalzdurchströmung gleichzeitig auf Plasmazellen, Talgdrüsenzellen (mit stark entwickeltem Spongioplasma) Deckepithelien und Mastzellen kennen zu lernen.

Bei den ersten, vor längerer Zeit angestellten Versuchen, beschränkte ich mich darauf, die etwa erbsengrofsen Stücke frisch in mehr oder minder konzentrierte Kochsalzlösung zu bringen und nach 24stündigem Aufenthalt in derselben bei Zimmertemperatur oder im Brütschrank oberflächlich in

[1] A. SCHMITT. Zur Blutlehre. Leipzig. Vogel. 1892. pag. 122—201.

Wasser abzuspülen und sofort in absolutem Alkohol zu härten, nach Celloïdineinbettung zu schneiden und mittelst der Methylenblau-Glycerinaether-Methode zu färben. Als ich neuerdings diese Versuche wieder aufnahm, machte ich von der Erfahrung A. Schmitts Gebrauch, dafs die in Kochsalz löslichen Bestandteile des Protoplasmas diesem auch noch nach der Behandlung mit Alkohol und Aether entzogen werden können. Diese Erfahrung konnte ich insofern durchaus bestätigen, als die Extraktion des Granoplasmas an Schnitten solcher Hautstücke, die in Alkohol gehärtet und in Celloidin eingebettet gewesen waren, mit derselben Leichtigkeit vor sich ging wie an frischer Haut. Ja, vermöge der leichteren und vollständigeren Durchspülung der feinen Schnitte ist die Extraktion derselben früher vollendet und radikaler. Man kann dieselbe in Reagierröhrchen vornehmen, indem man die Schnitte in der konzentrierten Kochsalzlösung über Nacht im Brütofen stehen läfst. Besser und weitaus eleganter verfährt man nach meiner alten Trichtermethode. In den Stiel eines gewöhnlichen Glastrichters kommt zu unterst ein Wattefläumchen, welches so dicht gestopft wird, dafs eingegossenes Wasser sehr langsam hindurchtropft. Darauf kommen, in Wasser suspendiert, die Schnitte (5—10 Stück) und in den obersten Teil des Trichterstieles wird wieder ein Wattefläumchen lose eingeführt, welches dazu dient, die Durchspülungsflüssigkeit zu filtrieren. Die letztere — hier konzentrierte Kochsalzlösung — präpariert man in einem Fläschchen, welches in seinem Halse den Trichter aufnimmt und von welchem man den Trichter alle paar Stunden wieder nachfüllt, wenn er leer gelaufen ist. Hierbei kommt es nie zu einer Eintrocknung der Schnitte, auch wenn der Trichter längere Zeit leer ist und im Brütofen steht, da zwischen den beiden Wattefläumchen stets eine kleine Wassersäule verbleibt, welche die Schnitte enthält. Die Trichtermethode hat den grofsen Vorteil, dafs die Flüssigkeit stets in Bewegung ist und die Schnitte dauernd rein und der Besichtigung zugänglich bleiben, solange man die Extraktion auch vor sich gehen läfst. Von Zeit zu Zeit nimmt man nach Entleerung des Trichters und unter Lüftung des oberen Wattfläumchens einen Schnitt zur Untersuchung, Färbung etc. heraus. Man kann aber auch die Färbung im Trichter selbst vornehmen, indem man zunächst denselben mit destilliertem Wasser füllt, zur Verdrängung des Salzwassers, und sodann bei der Nachfüllung ein paar Tropfen der Färbeflüssigkeit dem Trichterwasser zusetzt. Man erhält so langsam (z. B. über Nacht) eine vorzügliche Minimalfärbung.

Den Erfolg der Kochsalzextraktion ersieht man am besten aus der Schilderung des Anfangs- und Endstadiums derselben, da die sämtlichen, künstlich beliebig zu variierenden Zwischenstadien sich der Beschreibung entziehen und leicht im Geiste interpoliert werden können. Als Anfangsstadium wählte ich den Zustand des Gewebes, wie es sich

nach Behandlung der frischen Stücke mit 10%iger Kochsalzlösung (12 Stunden lang in der Kälte) auf den daraus gewonnenen Schnitten darstellt. Beginnen wir mit Schnitten von gewöhnlichen Wundgranulationen, so machen dieselben, mit der Methylenblau-Glycerinäther-Methode gefärbt, bei schwacher Vergrößerung einen ganz ungewöhnlich verwaschenen Eindruck, indem die sonst hellen, zellenärmeren Partieen diffus bläulich und mit blauen Punkten und Strichen wie besät sind. Die zellenreichen Partieen erscheinen eher noch dunkler als gewöhnlich, aber ebenfalls zugleich verwaschen und auffallend grobkörnig. Dieses veränderte Bild erklärt sich durch die intensiven elementaren Veränderungen, welche bei starker Vergrösserung Zellen und Zwischensubstanzen zeigen. Die grofsen Plasmazellen sind nicht mehr rund oder oval, sondern unregelmäfsig konturiert, mit Höckern und spitzeren Ausläufen besetzt. Ihr Granoplasma, intensiv gefärbt, ist an die Peripherie der Zelle und über diese hinaus gerückt, während der Kern verkleinert, pyknotisch, ebenfalls unregelmäfsig konturiert und tief gefärbt aussieht. Zwischen beiden erscheint bei vielen Zellen eine relativ breite, ringförmige, granoplasmafreie Zone. Einige Zellen zeigen einen Fortschritt derart, dafs ganze Teile des peripheren Granoplasmas abgebröckelt und fortgespült sind, sodafs um einen kleinen, dunklen Kern ein rundlicher, unregelmäfsig schaumiger, schwach gefärbter Zellleib zu sehen ist, dessen Peripherie durch grobe Klumpen amorph-körnigen Granoplasmas markiert wird. Andere Plasmazellen sind zum gröfsten Teil ausgewaschen und tragen nur an ein oder zwei Stellen intensiv gefärbte Kappen von dichten Granoplasma. Viele sind von einem diffus blau gefärbten Hofe umgeben, welcher dadurch entsteht, dafs Körnerreihen, staubförmige Körnerwolken und gröberer Körnerschutt von versprengten Zellgranoplasma die nächstgelegenen Teile des Kollagens bedecken und durchsetzen, während gleichzeitig ein Teil desselben aufgelöst wird und als Träger der blauen Farbe das Kollagen diffusblau imbibiert.

Die spindel-, walzen- und plattenförmigen Fibroblasten der Wundgranulationen zeigen ganz ähnliche Veränderungen, die aber gemäfs ihrem geringeren Gehalt an Granoplasma sich etwas verschieden darstellen. Der Kern erscheint auch hier stark gefärbt, zusammengeschrumpft und häufig von einem hellen Hofe umgeben. Der lange schaumig-wabige Zellleib, der sonst nur bei guter Färbung in zartem Violett sich darstellt, tritt jedoch hier stark und zwar blau gefärbt hervor; er ist durchsetzt von amorphem, staubförmigem Granoplasma, dadurch als Ganzes ungewöhnlich deutlich aber zugleich in seiner wabigen Struktur verwischt und undeutlich geworden. Die blau gefärbte Substanz, welche auf diese Weise das Spongioplasma der Fibroblasten infiltriert, mufs bei dem geringen Granoplasmagehalt dieser Zellen zum Teile jedenfalls aus dem Kerne

stammen. Auch diese Zellen zeigen blaue Höfe, teils in Form von Körnerreihen, die sich an das Ende des Zellleibes anschliefsen und diesen verlängern, teils in Form spinnwebenartiger, feiner Fäden und Fadennetze, die das umgebende Kollagen umstricken. Auch kommt es häufig vor, dafs die spindelförmige Zelle, als Ganzes verkleinert, sich vom Kollagen etwas zurückgezogen hat und die sie nun umgebende Lymphspalte an ihrer äufseren Wand diffus blau infiltriert und mit blauen, staubförmigen Granoplasmakörnern austapeziert ist.

Der Zellleib der grofsen, kugligen Schaumzellen der Wundgranulationen, deren zartes Webenwerk sonst schwer tingibel ist, tritt an diesen Präparaten — wie alles Spongioplasma — stärker gefärbt hervor, aber nur dadurch, dafs der verkleinerte Kern einen Teil seines Chromatins abgegeben hat, welcher den Zellleib teils diffus, teils amorphkörnig durchsetzt und die schaumige Struktur gleichzeitig verundeutlicht.

Bei den kleinen (Tochter-) Plasmazellen ist der Zellleib meistens vollkommen ausgewaschen oder noch von radienartig gestellten Granoplasmafäden und Körnerreihen durchzogen. Diese setzen sich nach aufsen fort und umgeben häufig fransenartig die kleinen Zellen. Auch die Kerne derselben sind stärker angegriffen, zeigen Zerklüftungen, stachel- und fadenartige Protuberanzen von Chromatin, die aus den Kernen in den mannigfachen Formen austreten und schliefslich unregelmäfsig gestaltete, helle, nicht gefärbte Kernreste, an denen noch Schalen und Kappen von Chromatin kleben.

Ähnlich steht es um die polynukleären Leukocyten. Ihr normalerweise granoplasmafreier Zellleib ist von diffus gelöstem und amorphkörnigem Kernchromatin häufig bläulich gefärbt, während der gelappte Kern weiter zerklüftet, oft geradezu in feine Trümmer aufgelöst ist und auch hin und wieder radien- und fransenartig ausstrahlende Protuberanzen aufweist.

Diese älteren Resultate werden durch die neuerdings von mir an Schnitten von mit Kochsalz behandelten Rhinophymstücken bestätigt und ergänzt. Bei schwacher Vergröfserung treten hier an Stelle der Plasmomherde neben den verwaschenen blauen Stellen ebensolche rote auf, welche mit einer Zerstörung der Mastzellen zusammenhängen, auf die ich weiter unten ausführlich eingehen werde. Die Plasmazellen zeigen auch hier den unregelmässigen Transport von Granoplasma an die Peripherie der Zelle und über diese hinaus, die Verkleinerung und Verklumpung des Kernes, die Hofbildung und schliefslich an einigen Zellen die völlige Auswaschung des Granoplasmas aus dem Zellenleibe mit Hinterlassung von Granoplasmaklumpen an der Peripherie. Die Fibroblasten treten ebenfalls deutlich hervor, indem der spongioplastische Leib auf Kosten des wenigen Granoplasmas und des verkleinerten Kerns stärker gefärbt

ist, auch hier ist die diffuse Hofbildung und die Aussaat von blauen Körnern in jeder einzelnen Zelle zu bemerken.

Die Rhinophymschnitte werden zum grossen Teil von hypertrophischen Talgdrüsen mit sehr grossen Talgzellen gebildet. Normalerweise tritt bekanntlich an allen Talgzellen nach Entfernung des Fettes durch die Alkohol-Celloidinbehandlung das schaumige Spongioplasma in besonderer Schönheit hervor, regelmäfsig, mit grofsen Waben und vollständig frei von granoplastischen, amorphen Körnungen. An den Kochsalzschnitten ist auch dieses Bild vollkommen verändert. Das gesamte Wabengerüst der Talgzelle ist bestäubt mit einer feinen Granoplasmakörnung, welche den regelmäfsigen Bau der Talgzelle ganz undeutlich macht. Diese Infiltration mit blau gefärbten Partikeln rührt offenbar gröfstenteils von der randständigen Stachelschicht der Talgdrüse her, zu einem geringen Teil wohl auch aus dem wenigen Chromatin der Kerne der Talgzellen.

Das Deckepithel ist verschieden verändert in dem unteren und oberen Teile der Stachelschicht. Die unteren sind stark blau gefärbt, aber verwaschen, sodass die Zellgrenzen ganz verschwunden sind und die Kerne nicht hervortreten. An sehr feinen Teilen der Schnitte sieht man, dass dieses Aussehen von einer dichten Durchsetzung dieses Teiles der Stachelschicht mit tiefdunklen, unregelmäfsig geformten kleinsten, eckigen Körnern herrührt, welche die Zellen und Interzellularräume erfüllen und sowohl aus dem Granoplasma der Stachelzellen wie dem Kernchromatin herrühren. Stellenweise sind die Stachelzellen von dunkelblauen Körnerlinien ganz umrahmt. Die oberen Teile der Stachelschicht zeichnen sich dadurch aus, dafs sie fast ganz ungefärbt, hell, von granoplastischem Material frei sind und kleine, atrophische, schwach gefärbte Kerne enthalten. Es macht den Eindruck, als habe die Austreibung des Granoplasmas an den in Kochsalzlösung gebrachten und noch mit Hornschicht bedeckten Stücken in einem Strome stattgefunden, der von der Hornschicht nach der Cutis zu gerichtet war und zunächst die obersten Stachelzellen granoplasmafrei machte, während die unteren sich im Stadium der Einschwemmung und Infarzierung mit freigewordenen Granoplasmatrümmern befänden.

Die Pigmentzellen der Cutis treten auffallend gut hervor, da das Pigment nicht angegriffen ist, sondern in Gestalt dunkelgrüner Körner die fast farblosen Zellen erfüllt.

Sehr bemerkenswerte Erscheinungen an den Salzschnitten zeigen die Mastzellen. Doch mufs ich, ehe ich meine eigenen Befunde mitteile, an dieser Stelle die Resultate einer nicht publizierten, weil aus äufseren Gründen nicht abgeschlossenen Arbeit eines meiner Schüler, des Herrn Dr. Dizard mitteilen. Derselbe arbeitete im vorigen Jahre in meinem Laboratorium über Mastzellen, und da ich trotz des geringen Mastzellen-

gehaltes der Wundgranulationen früher bemerkt zu haben glaubte, daſs dieselben sich durch Kochsalzbehandlung wesentlich veränderten, veranlaſste ich Herrn Dr. DIZARD, diese Frage in den Bereich seiner Studien zu ziehen. Ich teile aus der Arbeit des Herrn Dr. DIZARD an dieser Stelle nur die Sätze mit, die sich auf das Verhalten der Mastzellkörnung zu Neutralsalzen bezieht. Diese Arbeit wurde an Schnitten einiger Efflorescenzen von Urticaria pigmentosa ausgeführt, welche bekanntlich zum gröſsten Teile aus Mastzellen bestehen. Es stellte sich zunächst heraus, daſs bei Behandlung der mit polychromer Methylenblaulösung gefärbten (Alkohol-Celloidin-) Schnitte mit 10%iger Kochsalzlösung die rotgefärbte Mastzellenkörnung schon nach zehn Minuten anfängt zu verschwinden und einer diffusen Imbibition der Zelle um den Kern mit der sich rot färbenden Substanz Platz macht. Diese ist noch blaſs sichtbar, wenn die Schnitte drei Stunden in der Kochsalzlösung verweilt haben, wobei alle Mastzellenkörner verschwunden sind. Nach zwölfstündiger Behandlung mit Kochsalzlösung ist keine Spur von Körnern und diffus gelöster Masse mehr vorhanden. Magnesiumsulfatlösung (10 %) löst die Mastzellenkörnung auch auf, aber in viel schwächerem Grade, Ammoniumsulfat (10%) nur in sehr geringem Maſse.

Es fragte sich nun zunächst, ob die Mastzellenkörnung durch die Kochsalzbehandlung in der That aufgelöst oder vielleicht nur entfärbt sei. Es wurden deshalb die Versuche mit der Modifikation wiederholt, daſs die Schnitte ungefärbt mit Kochsalzlösung behandelt und dann mit polychromer Methylenblaulösung gefärbt wurden. Das Resultat war genau das gleiche. Die Mastzellenkörnung war in der That durch die Kochsalzbehandlung aus der Schnitte entfernt.

Die neuerdings von mir durchgeführte Untersuchung von mit Kochsalz behandelten und an Mastzellen reichen Rhinophymschnitten erlaubt es mir nun, die Resultate von Herrn Dr. DIZARD in diesem Punkte vollauf zu bestätigen und in manchen Beziehungen zu ergänzen. An den zwölf Stunden in konzentrierter Kochsalzlösung gewesenen Stücken ist die Mastzellenkörnung bereits in höherem Grade geschwunden und aufgelöst als das Granoplasma und Kernchromatin. Sie ist geradezu der erste geformte Bestandteil der Haut, der völlig von dieser Kochsalzlösung aufgelöst und forttransportiert wird. Man findet neben diffus roten Zellen extrazellulär gelegene, amorphe rote Massen in der Umgebung ausgelaugter, blaſsroter Zellen und sieht auf weite Strecken das kollagene Gewebe diffus rot gefärbt oder umsponnen mit einem Netzwerk roter Fäden, als hätte sich ein rotes Spinngewebe darauf abesetzt. Daher rühren die roten Partien der Cutis neben den blauen, deren ich früher erwähnte.

Die Beschreibung des Endstadiums der Auslaugung mit Kochsalz ist einfacher zu geben. Es gehört dazu allerdings eine viertägige

oder noch längere Behandlung mit Kochsalzlösung[2] im Brütofen. Dann ist alles Granoplasma und der gröfste Teil des Kernchromatins entfernt; die Schnitte nehmen demzufolge keine blaue Farbe mehr an, sondern nur eine ganz schwach violette. Die Betrachtung mit Ölimmersion zeigt, dafs dieser Rest von Färbung an den Kernen haftet. Stellt man an einen so behandelten Rhinophymschnitt einen Herd solcher schwach violetter Kerne, einem früheren Plasmazellenherde entsprechend, ein, so bemerkt man noch hier und da, konzentrisch einen Kern umgebend, einige violette Punkte und Striche, welche die frühere Peripherie der Plasmazelle mit letzten Resten von Granoplasma markieren. Ebenso lassen sich noch Spuren von Granoplasma in Gestalt violetter Körner und Fäden zwischen den violetten Kernen nachweisen, welche die Randpartien der grofsen Talgdrüsen bezeichnen, der früheren peripheren Stachelschicht der Talgdrüsen entsprechend. Im Gegensatz dazu ist die Stachelschicht des Deckepithels vollkommen farblos; auch alles Kernchromatin ist ausgezogen und es restieren von allen Deckepithelkernen nur etwa eine bis zwei Lagen an der Oberfläche unterhalb der früheren Körnerschicht. Es sind also vor allem ältere Kerne, welche der Kochsalzbehandlung insoweit Widerstand leisten, als ein schwach tingibler (violetter) Rest, ein Schatten, sich von ihnen erhält. Diese Thatsache wird durch eine zweite gestützt und ergänzt, nämlich durch die Erhaltung aller „sauren" Kerne. Dieselben sind in dem von mir untersuchten Rhinophym zahlreich vorhanden und färben sich im Gegensatz zu allen übrigen Kernen besonders stark in einem blauvioletten Ton. Sie treten daher stark vor allen übrigen Bestandteilen hervor und man kann geradezu die Kochsalzbehandlung mit nachträglicher Färbung als eine elective Methode zur Darstellung der „sauren Kerne" bezeichnen. Dieselben sind bekanntlich besonders grofs, meist oval und zeigen einen feinporigen, schwammigen Bau mit dicken Bälkchen. Nirgends habe ich diese Struktur schöner hervortreten sehen als bei den Kochsalzschnitten. Ebenso elektiv gefärbt findet man die „Lochkerne des Fettgewebes".

Da alle diese Reste von Kernchromatin und Granoplasma an diesen Schnitten violett gefärbt sind, da am Gewebe kein Blau mehr haftet, so könnte man leicht auf den Gedanken kommen, dafs die betreffenden Kern- und Zellleibsubstanzen garnicht zerstört, sondern nur in ihrer Tingibilität durch das Kochsalz verändert wären, hätte man die verschiedenen Stadien der Auflösung, Abbröckelung und des Transports nicht schon an weniger stark behandelten Gewebstücken studiert. Aber es wäre immerhin ein nicht zu unterschätzender Beweis, dafs von einer

[2] Durch einprozentige Kochsalzlösung wird das Granoplasma rascher, die Mastzellenkörnung viel langsamer ausgewaschen.

Modifikation der Tingibilität durch das Kochsalz nicht die Rede sein kann, wenn wir irgend einen Gewebsteil finden könnten, der auch nach der maximalen Kochsalzbehandlung noch vorhanden ist und das Methylenblau aufnimmt und festhält. Und dieser Beweis ist zu erbringen, da in der That von den Zellen der Wurzelscheide der Haare und den Pigmentzellen das Methylenblau fixiert wird. Die ersteren erscheinen rein blau und die jüngsten von ihnen umschliefsen oft noch einen violetten Kern. Die gelben Pigmentkörner sind rein grün gefärbt. Beide Elemente heben sich von dem ungefärbten Grunde stark und charakteristisch ab.

Wir haben mithin die Veränderungen der Gewebe bei der Kochsalzbehandlung so aufzufassen, dafs durch dieselbe gerade diejenigen Zellsubstanzen entfernt werden, welche aus der polychromen Methylenblaulösung das Blau (und Rot) an sich ziehen, während andere Zellsubstazen, die für das Violett eine Prädilektion besitzen, nicht von Kochsalz aufgelöst werden.

Die Kochsalzmethode ist mithin eine gewebsanalytische Methode, welche sich an Sicherheit und Wert mit der KÜHNEschen Verdauungsmethode messen kann und diese an Einfachheit noch übertrifft.

Die bisher mittelst derselben erzielten Resultate beweisen, erstens, dafs aus den pathologischen Geweben weit mehr durch Kochsalz extrahiert werden kann, als sich nach den Untersuchungen ALEXANDER SCHMITTS, welche an normalen Organen vorgenommen wurden, ahnen liefs und zweitens, dafs es gerade diejenigen leicht tingiblen Substanzen sind, welche bei den Hauptveranderungen der Kerne und der Zellleiber in pathologisch veränderter Haut in Betracht kommen, die sich als durch Kochsalz extrahierbar erweisen.

Es wirft sich daher naturgemäfs die Frage auf, ob diese Reaktion uns nicht Fingerzeige geben kann, zur näheren Bestimmung der chemischen Natur dieser Zellsubstanzen. Wir kennen bisher zwei verschiedene Gruppen von Eiweifssubstanzen, welche in Kochsalzlösungen löslich sind, die Globuline und Paranukleoprotëide (Nukleoalbumine). Ich möchte in dieser ersten Mitteilung die Frage, welche Eiweifssubstanzen bei der Auswaschung der Gewebe durch Kochsalz entfernt werden, nur anregen, nicht zu entscheiden versuchen. Nur kann ich nicht unterlassen, darauf hinzuweisen, dafs einige Thatsachen es mir wahrscheinlich machen, dafs wir es dabei der Hauptsache nach mit Paranukleoprotëiden zu thun haben.

Von Grübler & Co. als rein bezogene Proben von Serumglobulin und Nukleoalbumin (aus Eidotter) zeigten sowohl gegen Kochsalz wie Methylenblau ein verschiedenes Verhalten. Das Serumglobulin war nur wenig löslich in 1%iger Kochsalzlösung, das Nukleoalbumin vollkommen;

ersteres hielt bei der Färbung auf dem Objektträger in angetrocknetem Zustande das Blau aus der polychromen Methylenblaulösung gegen Anilin nicht fest, letzteres in starkem Grade. Aufserdem wissen wir, dafs die Paranukleoprotëide Verbindungen von Paranuklëinsäure mit viel Eiweifs sind und sich wie Säuren verhalten. Hiermit würde ihre starke Vorliebe für das basische Methylenblau in Einklang stehen.

Nach allem Gesagten erscheint die in dieser Richtung vorgehende gewebsanalytische Untersuchung wichtige Aufschlüsse für die Natur derjenigen Zellsubstanzen zu versprechen, welche uns bei den pathologischen Produkten der Gewebe am meisten interessieren.

Aus der Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten
im Allgemeinen Krankenhause St. Georg.
(Oberarzt Dr. Engel-Reimers.)

Kasuistischer Beitrag zur Vaccine-Übertragung.

Von

Dr. S. Werner,
Sekundärarzt.

Anfang dieses Jahres fand auf der Hautabteilung des St. Georger Krankenhauses ein $2^3/_4$ Jahre altes Kind Aufnahme, mit der Angabe, vor einigen Tagen an dem jetzt bestehenden, an Intensität rasch zunehmenden Ausschlage erkrankt und dadurch rasch in der Ernährung beeinträchtigt und zurückgekommen zu sein.

Bei dem ziemlich kräftigen, gut entwickelten Kinde findet sich über den ganzen Körper ausgebreitet ein verschieden dicht stehendes Exanthem, teils diskret, teils konfluierend. Dasselbe setzt sich aus erbsen- bis linsengrofsen, zum Teil gedellten, zum Teil ihres Epithels beraubten Pusteln zusammen. Der Inhalt der geplatzten Pusteln ist an den Nates, an den Oberschenkeln und besonders im Gesicht zu dicken Krusten und Borken eingetrocknet. Zum Teil ist der zentrale Teil der Eruption in eine ziemlich stark sezernierende Geschwürsfläche mit höckerigem speckig belegten Grunde verwandelt. Nur einige wenige Inseln normaler Haut sind erkennbar. Gegen diese grenzt sich die Eruption durch eine wallartig erhöhte, derb infiltrierte, 1—2 cm breite dunkelrote Reaktionszone ab. Die frischen Pusteln, sowie diejenigen mit etwas vorgeschrittener Entwickelung, zum gröfsten Teil zu einer grauen, speckigen Geschwürsmasse konfluiert, stehen um die Augen, auf Stirn und Wangen so dicht, dafs

dadurch eine Chemose der Augenlider besteht. Die Konjuktiven, die nur mit Mühe sichtbar gemacht werden können, sind gerötet, aber frei von Pustelbildung. An der Beugeseite der Arme, sowie an den Unterschenkeln stehen in unregelmäfsiger Anordnung einzelne, isolierte, graue Bläschen mit zentraler Delle, von einem zarten, livide roten, schmalen Hof umgeben. Die Temperatur bei der Aufnahme betrug 37,6°, stieg bald auf 38,6° und erreichte hiermit ihren höchsten Stand.

Die Diagnose wurde sofort auf eine generalisierte Vaccine gestellt, was hauptsächlich aus den ungemein charakteristischen Vaccinepusteln an den Extremitäten möglich war. Überraschend war freilich, dafs an dem typischen Impfbezirk am Oberarm keine Effloreszenzen zu erkennen waren, die auf eine stattgehabte Impfung hindeuten konnten.

Die Anamnese, die von der begreiflicherweise so rasch wie möglich herbeizitierten Mutter erhoben wurde, — wir sehen in Hamburg bei dem regen Seeverkehr und dem ausgedehnten Auswandererwesen alljährlich mehrere Fälle von echten Blattern — ergab nun folgende interessante Daten, die wohl die Publikation dieses Falles rechtfertigen.

Das Kind hatte während der letzten zwei Jahre wegen eines nässenden und borkenden Ekzems mehrfach in privatärztlicher und poliklinischer Behandlung gestanden. Aus diesem Grunde war es auch bisher von der Impfung befreit geblieben. Drei Wochen vor der Aufnahme der kleinen Patientin ins Krankenhaus war der ein Jahr alte Bruder derselben in der staatlichen Impfanstalt geimpft worden. Beide Kinder hatten, im gleichen Zimmer, wenn auch nicht im gemeinsamen Bett schlafend, im engsten Kontakt miteinander gelebt. Die augenfällige Veränderung des Charakters des Exanthems unserer Patientin war der ziemlich indolenten Mutter entgangen; sie meinte, das Kind habe ja schon immer an diesem Ausschlage gelitten, der jetzt nur etwas intensivere Formen angenommen habe.

Hiernach konnte es also keinem Zweifel unterliegen, dafs unsere Vermutung, es handele sich um eine durch Vaccine bedingte Exanthemform, zutreffend war. Die Diagnose „Vaccination généralisée" war also richtig, wofern man darunter die als allgemeine Manifestation der Vaccine aufgefafsten Pustelausschläge verstehen will, die im unmittelbaren Anschlufs an eine erfolgreiche Impfung bei Personen auftreten, die an einer Hautkrankheit gelitten haben. Richtiger bezeichnet man mit Paul (Studie über die Ätiologie und Pathologie der sog. gen. Vaccine etc. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1900. Bd. 52) derartige kombinierte Dermatosen als „durch zufällige Übertragung auf Ekzem in diffuser Form wuchernde Vaccine" oder mit lateinischem Terminus als „Vaccina casu in eczema translata ibique diffusa."

Der Name „Vaccinatio generalisata" wäre ausschliefslich für die

Fälle zu reservieren, in denen Individuen mit vorher vollständig gesunder Haut nach der Impfung an allgemeinen Pustelausschlägen mit allen Charakteren echter Vaccineeffloreszenzen erkrankten.

Das Interessante an unserem Falle ist der Übertragungsmodus durch eine zweite Person, dafs also das ekzemkranke Kind sich durch Berührung der Impfpustel seines Bruders unfreiwillig impft und dafs diese Impfung dann auf sämtlichen ekzematösen Hautpartien und aller Wahrscheinlichkeit nach wohl auch auf den sekundären Kratzstellen haftet.

Der weitere Verlauf unseres Falles bietet wenig Bemerkenswertes. In den nächsten drei Tagen fällt die Temperatur lytisch zur Norm. Das Exanthem trocknet ohne irgend welche therapeutische Mafsnahmen spontan ein. Die Chemose schwindet rasch, so dafs das Kind bereits am dritten Tage die Augen öffnen kann. Eine Woche später sind die Pusteln sämtlich eingetrocknet, die Krusten im Gesicht sind abgestofsen, weitere acht Tage später ist von der Vaccineerkrankung nichts mehr zu sehen, während sich noch Reste des Grundleidens in Form eines gering ausgebreiteten, vornehmlich auf den behaarten Kopf, die Wangen, die Partien hinter den Ohren und die Achselhöhlen beschränkten seborrhoischen Ekzems vorfinden. Dies Ekzem heilt unter entsprechender Therapie rasch und nach einem kaum vier Wochen langen Krankenhausaufenthalt wird das Kind mit glatter, rosaroter Haut entlassen, auf der nur bei genauester Betrachtung noch einzelne gedellte Narben im Gesicht und am Halse, sowie an den Unterschenkeln gefunden werden.

Die Beobachtung ähnlicher Fälle ist bekanntlich der Grund, warum hautkranke Individuen — meist handelt es sich um Ekzem, Prurigo, Impetigo — von der Impfung freibleiben. Denn die Erfahrung hat gelehrt, dafs derartige kombinierte Dermatosen nicht immer so günstig verlaufen, wie unsere mitgeteilte Beobachtung. Sind doch einzelne Fälle, ein Gefolge dieser Erkrankung, an den Erscheinungen einer schweren Allgemeininfektion im Coma zu Grunde gegangen. Die aus unserem Falle zu ziehende Lehre lautet: Wird in einer Familie ein gesundes Kind geimpft, so sind alle hautkranken Individuen, die mit dem Impfling in Berührung kommen könnten, von ihm zu trennen.

Fälle von Autoinokulation von Vaccine haben wir mehrfach gesehen. Hervorheben möchte ich einen Fall, der wegen seiner forensischen Seite Interesse verdient. Auf unsere Abteilung kam ein 10jähriges Mädchen, die angeblich infolge eines Stuprum einen syphilitischen Initialaffekt acquiriert haben sollte. Die Untersuchung ergab, dafs das Mädchen einige Tage vorher der Wiederimpfung unterzogen war, als deren Effekt auf dem linken Oberarm zwei charakteristische Impfpusteln safsen. Eine unschwer als in der Entwickelung begriffene fünfpfennigstückgrofse Impfpustel auf elevierter Basis safs am vorderen Rande der rechten grofsen

Labie und hatte der oberflächlichen Ähnlichkeit mit einem Ulcus induratum halber zu dem erwähnten Verdacht geführt. Es war leicht nachzuweisen, dafs das Mädchen sich durch Kratzen mit dem Fingernagel die zur Vaccination benutzte Lymphe an das Genital selbst übertragen hatte, besonders da auch der weitere Verlauf — spontane Abheilung in der üblichen Zeit, Ausbleiben der anatomischen Drüsenschwellung und selbstverständlich aller für etwaige Syphilis sprechenden Allgemeinerscheinungen — die Richtigkeit dieser Annahme bestätigte. Ein in diesem Sinne abgegebenes Gutachten führte zur Einstellung des gerichtlichen Verfahrens gegen den Beschuldigten.

Aus Dr. Unnas Dermatologicum in Hamburg.

Ein Fall von mit weissen Flecken einhergehender, bisher nicht bekannter Dermatose.

Mitgeteilt

von

Dr. Fr. Westberg.

Mit einer Abbildung im Text und einer Farbentafel.

Die Veröffentlichung des mir von Herrn Dr. Unna aus seiner Privatklientel in liebenswürdigster Weise zur Bearbeitung überlassenen Falles hat den Zweck, sowohl die Fachgenossen zur Bekanntgabe gleicher Beobachtungen aus ihrem Material anzuregen, als auch durch die dann mögliche Zusammenstellung analoger Fälle dieselben diagnostizieren und einreihen zu können. Bis jetzt ist es mir nur gelungen, den Fall differentialdiagnostisch von allen bestehenden Diagnosen auszuschliefsen und möchte ich da in erster Linie — vorwegnehmend — anführen, dafs das klinische Bild dazu verleitet, ihn als analog der Veröffentlichung von Schweninger und Buzzi über „Multiple konigne, geschwulstartige Bildungen der Haut" (*Internat. Atlas seltener Hautkrankh.* 1897, Taf. XV., 1) anzusehen, dafs man aber auf Grund des mikroskopischen Befundes diese Analogie vollständig aufgeben muss; ebenso wird man durch die Untersuchung davon abgebracht, den Fall als multiple circumscripte Sklerodermie oder Morphoea (C. Fox, Ref. *Monatsch. f. prakt. Derm.*, Bd. XXVII, pag. 255) anzusprechen, was auf den ersten Blick hin gewifs das Nächstliegendste wäre. (Genaueres über den Vergleich mit den beiden genannten

Affektionen weiter unten). Am allerwenigsten aber dürfen wir daran denken, dafs es sich hier um kleine Narbenkeloide handelt oder gar um Gebilde, wie sie C. Fox als Hydradénomes éruptifs (Epithelioma adenoides cysticum) (Ref. *Monatsch. f. prakt. Dermat.*, Bd. XXVI, pag. 205) beschreibt. Der Fall steht auch in seiner Familie vereinzelt da und seine Geschichte ist kurz folgende:

Lilli Fr. als ältestes Kind eines Schlachters und Wurstwaarenhändlers 1890 von ganz gesunden Eltern geboren, litt mit $1^1/_2$ Jahren angeblich an Asthma, welches die Eltern veranlafste, das sonst sehr kräftige Kind mit 6 Jahren zu 13 monatigem Aufenthalt in die Schweiz zu geben; daraufhin verlor sich die Erscheinung und es blieb eine leichte Empfänglichkeit für Erkältungskatarrhe zurück. Im Februar vor 2 Jahren litt das Mädchen angeblich an heftigem Keuchhusten, erholte sich aber vollständig von demselben und acquirierte im Mai desselben Jahres die Morbilli, wobei die einzelnen Efflorescenzen besonders grofs und in sehr reichlicher Anzahl aufgetreten sein sollen. Nun behauptet die die Anamnese angebende Mutter des Kindes — und das läfst sich leider in keiner Weise kontrollieren und dabei verwerten — dafs an denselben Stellen, an denen damals der Ausschlag besonders reichlich gesessen hätte, sich die heute uns beschäftigende Affektion lokalisiert habe (analog der Neisserschen Auffassung des Leukoderms bei luetischen Individuen, speziell Frauen). Vor $1^1/_2$ Jahren wurden die ersten weifsen Stellen als Fleckchen an der Brust beobachtet, über deren Natur der konsultierte Arzt die Mutter vollkommen beruhigte, auch als nach einem angeblichen gastrischen Fieber in diesem (1901) Frühfrühling die einzelnen Stellen, nach Ansicht der Mutter, sich deutlicher zeigten; trotzdem Patientin absolut keine Belästigung durch dieselben hatte und trotzdem die beruhigende Äufserung des Arztes vorlag, fürchtete die Mutter dennoch eine weitere Ausbreitung derselben, welche sie schon aus kosmetischen Rücksichten bei der zukünftigen Balltoilette ihrer Tochter vermieden haben wollte, und konsultierte Herrn Dr. Unna.

Am selben Tage sah ich Patientin und konstatierte folgenden Status: Sehr kräftiges, für ihr Alter besonders gut entwickeltes Mädchen mit normalem Haarwuchs und frischer, leicht zu Urticaria factitia neigender Haut; Zähne und Nägel normal; innere (nachträglich untersuchte) Organe in Ordnung, Appetit und Allgemeinbefinden tadellos. Ebenso gar keine Beschwerden von folgender, auf der Haut sich dokumentierender Affektion: Über den Rumpf spärlich und einzeln stehend zerstreut, im grofsen und ganzen den Spaltbarkeitslinien der Haut parallel laufend, Gesicht und Extremitäten vollkommen freilassend, lassen sich, in vollständig normale Haut eingesprengt hirsekorn- bis knapp bohnengrofse, rundliche und ovale Stellen beobachten von kreideweifser Farbe mit

glatter, ganz intakter Oberfläche und von „kartenblattähnlicher“ Resistenz (wie UNNA eine Form von Sklerodermie beschreibt: *Histopathologie d. Hautkrankheit.* 1894, pag. 1121); fährt man leicht mit dem tastenden Finger darüber hinweg, so scheint es — bei gespannter Haut — als komme man über eine eben nur angedeutete Erhabenheit hinweg, bei nicht gespannter Haut dagegen erweist sich die Prominenz gleich null; damit ist also jede Annahme einer Atrophie von vorneherein von der Hand zu weisen, nicht so ganz aber diejenige kleinster Tumoren oder Narben. Die Efflorescenzen stehen — wie gesagt — einzeln, und wenn wir diejenigen in Betracht ziehen, von denen die Mutter aussagt, sie seien wohl die zuerst beobachteten gewesen, also vor zirka $1^1/_2$ Jahren entstanden, so entnehmen wir daraus ein eminent langsames Wachstum, eine höchstens wohl in monatlichen Zwischenräumen überhaupt zu bemerkende Vergrößerung in der Peripherie, kaum merklich dagegen in der Dicke, und eine leichte Farbenveränderung insofern, als die als älter bezeichneten Veränderungen wohl eine Spur weißer im Gegensatz zu dem etwas gelblicheren jüngeren erscheinen. Nirgends eine bläschenartige Bildung, nirgends Zerfall der Oberfläche und nirgends regionäre Drüsenschwellung. In Bezug auf die Quantität kann man keiner Seite des Rumpfes den Vorzug geben, auch erscheinen die Efflorescenzen in ihrer Gestalt oder Derbheit weder von der Dicke der Haut noch von dem gerade vorhandenen Fettpolster abhängig zu sein, sind aber sicher Bestandteile der Haut und lassen sich als solche leicht mit derselben verschieben.

So weit also hätten wir ein mit den oben angeführten multiplen Tumoren BUZZIS und SCHWENINGERS übereinstimmendes Bild, wie sich's besser als durch diese Beschreibung aus der beigegebenen Photographie ersehen läßt. Ich möchte dabei gleich den Umstand betonen, daß bei grell die Haut treffender Beleuchtung die weiße Farbe der einzelnen Stellen viel weniger deutlich ist, als bei etwas verdeckter, und daß das m. E. n. auch wohl damit zusammenhängt, daß die umgebende, normale Haut bei ersterem ebenfalls heller erscheint, bei letzterer da-

gegen einen dunkleren und daher wirksameren Fond für die hellen Töne der Flecke abgiebt.

Makroskopisch also hätten wir diesen Fall dem oben erwähnten Buzzischen an die Seite stellen können, mikroskopisch dagegen kommen wir zu einem ganz anderen und zwar folgenden Resultat.

Es wurden (unter Bromäthylanästhesie) zwei Stückchen excidiert, und zwar ein ovales senfkorngroſses ca. handbreit unter dem rechten Schulterblatt und, mehrere Tage später, ein etwas gröſseres, bereits längere Zeit als verändert bestehendes unterhalb des Scrobiculus cordis, beide aus absolut normaler Umgebung und namentlich letzteres in der Art, daſs wir auch reichlich von klinisch gesunder Haut mitnahmen. Härtung in absolutem Alkohol. (Beide Stellen heilten schnell mit vollkommen normaler, wenig sichtbarer und glatter Narbe). Leider eignete sich das erstere Stück, da es nur sehr oberflächlich entnommen werden konnte (Patientin war etwas ungeduldig), nicht so gut zum eingehenden Studium wie das gröſsere zweite, und teilen wir daher gleich summarisch den Befund mit, der aus den beigegebenen Abbildungen der gelungensten Präparate ebenfalls deutlich ersichtlich ist.

Als von allen angewandten Färbemethoden am deutlichsten die wenigen positiven Resultate wiedergebend erwiesen sich: die Unnasche Methode für Kollagenfärbung mit neutralem Orcein, polychromem Methylenblau und der Glycerinäthermischung (Taf. IV, 1), die van Gieson-Methode (besser als die Einzelfärbung in wässeriger- und dann alkoholischer Pikrinlösung) (Taf. IV, 2), und für die elastischen Fasern die Unnasche Methode mit saurem Orcein und einer Nachfärbung in Hämatoxylin (Taf. IV, 4).

Und zwar zeigte sich gleich bei den ersten Übersichtspräparaten, daſs der Übergang von normaler Haut in die pathologisch veränderte kein scharfer sei bei vollständig intaktem Deckepithel; es handelt sich also nicht um tumorartige Veränderungen, sondern um Veränderungen an den vorhandenen, keine regressive Metamorphose eingegangen Gewebselementen. Das polychrome Methylenblau wird daselbst fester gehalten und zwar sowohl im Epithel wie in der Cutis als im angrenzenden, normalen Gewebe, und erscheint mehr violett als blau.

Dieser stärkeren Färbung entspricht — mit starker Vergröſserung betrachtet — eine Verdickung der kollagenen Fasern, dieselben liegen glatter, nicht so regellos verfilzt wie sonst, die Lücken zwischen sich enger machend, ausgleichend, das Bild einer parenchymatösen (nicht ödematösen) Schwellung darstellend. Die Cutis erscheint „fester", zusammengedrängter, und die Kerne des kollagenen Gewebes stellen sich im allgemeinen länger dar, verzogener, dichter zu einander gestellt, regelmäſsiger angeordnet, nicht so den einzelnen unregelmäſsig in

einander greifenden Zügen entsprechend wie im normalen Gewebe. Dieses erklärt sich leicht daraus, dafs das ganze kollagene Gewebe, hypertrophisch verändert, mehr Platz beansprucht und daraus eine festere Anordnung aller darin eingeschlossenen Gebilde resultiert; es bildet geradezu eine homogene Platte; dadurch werden z. B. (Taf. IV, 3) die Gefäfse, welche in ihrem Bau ganz unverändert sind, komprimiert, die Lymphspalten verengt oder ganz aufgehoben, und je eine Anzahl Kerne um die Gefäfse herum zusammengedrängt. Ein wenig zu der stärkeren Färbung durch polychromes Mythelenblau trägt auch das reichliche Vorhandensein von Mastzellen (Taf. IV, 3) daselbst bei, da ja letztere besonders gerne den basischen Anilinfarbstoff aufnehmen und festhalten. Doch können diese beiden Umstände zur Erklärung dieser färberischen Eigentümlichkeit nicht allein genügen, da wir in dem nach VAN GIESON gefärbten Präparate (Taf. IV, 2) das Säurefuchsin ebenfalls im Pathologischen besonders festgehalten sehen, so dafs der normale Teil wesentlich gelber im Ton ist als der, in zartem Rosa sich darstellende veränderte. Wir können daraus also wohl auf eine chemische Veränderung des kollagenen Gewebes schliefsen, deren Charakter uns nicht näher bekannt ist und auf dessen Spuren uns auch nicht einmal etwa vorhandenes entzündliches Infiltrat führt, denn nirgends entdecken wir irgend welche Leukocyten.

Das bis in seine feinsten Verzweigungen, in die Papillen hinein, vollständig intakte elastische Fasernetz (Taf. IV, 4) erweist sich in seiner Lage verändert; schon die Papillen erscheinen mehr aufrecht stehend und spitzer, folgen also dem Zuge der elastischen Fasern, welche ihrerseits sich wieder dem durch das geschwollene Kollagen entstandenen Raummangel accomodieren, indem sie gerader gestellt, zu längeren Zügen angeordnet, also gespannter sich darstellen; dadurch legen sich die einzelnen Verzweigungen der Fasern enger an die Hauptstämme an; es erscheint also das ganze Netz ein wenig dicker in seinen Bälkchen.

Um nun aus diesen Befunden die weifse Farbe, die eigentümliche Resistenz und die leichte Prominenz der betreffenden Stellen erklären zu können, müssen wir vor allen Dingen daran denken, dass ja jede Haut sofort weifs erscheint, wenn sie straff gezogen wird, wofür ja hier der deutlichste Ausdruck in der Anordnung des elastischen Gewebes gegeben ist; die dadurch entstehende Entleerung der Capillaren würde aber immerhin noch einen gelblichen Ton erlauben, und da müssen wir wohl für die Erklärung der so intensiven kreideweifsen Farbe daran denken, dafs das Durchschimmern der Capillaren wesentlich gehindert ist durch die Festigkeit und Lückenlosigkeit der hypertrophischen Gewebspartien; wo dieselben noch nicht so dicht gedrängt erscheinen, wo die Lymphspalten noch verhältnifsmäfsig weiter sind, wie an den klinisch frischeren Stellen, da zeigen ja auch — wie anfangs bemerkt — die einzelnen

Flecke einen gelblicheren Ton, es ist also die Diaphanie der Haut noch nicht so gestört wie bei zunehmender Verdickung der Faserung. Ohne Weiteres lässt sich aus dem Schwinden der Saftlücken die eigentümliche Resistenz erklären und für die leichte Prominenz müssen wir daran denken, dass der Papillarkörper nicht flächenhaft ausgeglichen, sondern eher steilwellig ist, und dafs das ganze Epithel, am meisten aber die Stachelschicht, im ganzen Bereich der Flecken verdichtet erscheint; dadurch entsteht dann wohl das Gefühl der Prominenz, besonders wenn wir noch hinzunehmen, dafs nirgends eine Delle oder Grund zur Bildung einer solchen vorhanden ist.

Im Gegensatz zur Sklerodermia circumscripta haben wir es hier mit verkleinerten oder gänzlich aufgehobenen Lymphspalten zu thun und vermissen vollkommen das sich dort so reichlich zwischen die einzelnen, locker gebauten Zellhaufen hindurchziehende interstitielle Oedem; ebenso fehlt hier eine Erweiterung oder Veränderung der Capillaren, die scharfe Abgrenzung des Pathologischen vom Normalen, der Schwund des elastischen Gewebes, und vor allen Dingen besteht hier Hypertrophie der kollagenen Balken, dort starker Schwund derselben in ihren Dimensionen eben auf Kosten reichlicherer Entwickelung der Lymphspalten.

Im Gegensatz zu den Befunden bei den „benignen Tumoren" Buzzis', die allerdings histologisch auch nicht als „in die Haut eingelassene Neubildungen" erscheinen, haben wir hier das elastische Gewebe vollständig erhalten, während dort die Veränderung derselben als „das ganze Wesen der Erkrankung" aufgefasst wird und so deutlich ist, dafs man am ehesten daraus die Gebilde als abgegrenzt, wie eigentliche Tumoren, erkennen könnte. Dort sind Veränderungen der Intima und Adventitia und eine Anzahl neugebildeter Capillaren so sehr im Vordergrund stehend, dafs die Autoren geneigt sind, dabei an das „Gewebe von kleinen, mikroskopischen Angiomen" zu denken, während wir hier die Capillaren wohl in der Lage und Gröfse verändert, in ihrem Bau aber ganz intakt geblieben fanden, ebenso auch die Talgdrüsen, die in dem Buzzi'schen Fall durch Bildung neuer Acini so vermehrt und vergröfsert erscheinen, „dafs sie den gröfsten Teil der ganzen Bildung ausmachen"; das Bindegewebe ferner im Corium erscheint daselbst welk und lose, als wenn die einzelnen Bündel durch das Fehlen der elastischen Fasern ihre Konnexion und ihre Zusammengehörigkeit eingebüfst hätten!

Aus dem Gesagten läfst sich also mit Bestimmtheit eine Anologie beider Fälle ausschliefsen und wir können mit der gleichen Bestimmtheit eine Identifizierung unseres Falles mit dem von C. Fox demonstrierten (und Bd. XXVI pg. 205 der dermat. Monatsh. referirten) eines 13jährigen Mädchens mit Epithelioma adenoides cysticum von der Hand weisen,

denn niemals können wir die vorliegende Affektion mit einem Epitheliom vergleichen und nirgends finden wir cystenartige Bildungen.

Schon rein klinisch stimmt unser Fall nicht überein mit dem von C. Fox (Bd. XXVIII pg. 255 der dermat. Monatsh.) demonstrierten eines 7jährigen Mädchens mit Morphoea, da er extra betont, die elfenbeinernen Flecke lägen daselbst in einer dunkel pigmentierten Zone und diese sei wieder von einem mehr diffusen, schwächer pigmentierten Hof umgeben. Dennoch haben wir die beiden letzten Fälle angeführt, weil wir in ihnen noch am ehesten Vergleichspunkte mit dem unserigen zu entdecken glaubten, während uns die Literatur sonst dafür keine Anhaltspunkte bot, soweit wir denselben nachzugehen im Stande waren.

Resumierend heben wir also aus dem mikroskopischen Befunde nochmals hervor; im Pathalogischen:

I) kollagene Hypertrophie,

II) starke Färbung durch Methylenblau und Säurefuchsin, und

III) deutliche Mastzellenkörnung (bei der Färbung auf Mastzellen färben sich einige Bindegewebspartien in demselben rot).

Dagegen finden wir keine Tumoren, keine Cysten- oder Narbenbildung, keine entzündliche Infiltration und keine Gefässveränderung.

Vom Pathologischen ins Normale besteht ein sehr allmählicher Übergang.

Im ganzen haben wir es also wohl mit einer chemischen Veränderung (Ernährungsstörung) der Bindegewebsfasern zu thun, nicht aber mit einem destruktiven Prozesse.

Klinisch ergiebt sich daraus eine günstige Prognose, ganz besonders wenn wir aufserdem das kolossal langsame Wachstum und die vollständige subjektive Beschwerdelosigkeit in Betracht ziehen. Ein paar mit schwachen Salicyl-Sublimatsalben behandelte Stellen haben ihren Charakter garnicht verändert, und in der Zwischenzeit ($5^1/_2$ Monate) sind weder neue Stellen aufgetreten, noch sind die früher schon vorhanden gewesenen gewachsen. Es ist daher wohl möglich anzunehmen, dafs die Affektion sich später zurückbilden wird, im übrigen aber werden wir den Fall unter Augen behalten. Schliefslich mufs ich noch erwähnen, dafs es mir nicht gelungen ist, einen Zusammenhang mit den voraufgegangenen Morbilli zu finden, so entschieden derselbe auch von der beobachtenden Mutter angegeben wird.

Es sei mir noch gestattet, an dieser Stelle Herrn Dr. Unna für sein überaus liebenswürdiges Entgegenkommen sowohl bei Ueberlassung des Falles als auch bei der Bearbeitung desselben in seinem *Dermatologicum* meinen aufrichtigsten Dank zu sagen.

Erklärung der Abbildungen.

Taf. IV: No. 1 Färbung mit neutral. Orcein nach leichter Abspülung in Wasser mit polychr. Methylenblau (2 Min.) und Entfärbung in Glycerinaethermischung.

No. 2 Van Gieson.

No. 3 Färb. (12—24 Std.) in polychrom. Methylenblau und Alaun und Entf. in saurem Alkohol.

No. 4 Färb. in saurem Orcein (1/2 Std.) und Gegenfärbung mit Haematoxylin.

Mikroskop Hartnack, 3. Okular I, bei 1, 2 und 4, bei No. 3 Hartnack 5, Okular 2 bei etwa 8 cm ausgezogenem Tubus.

Die Zeichnungen entstammen dem Pinsel des Zeichners Gummelt-Hamburg.

Feuilleton.

Galenus und sein Verhalten zur Therapie der Hautkrankheiten.

Von

Dr. Moritz Cohn-Hamburg.

Unstreitig ist von den auf uns überkommenen medizinischen Schriftstellern des Altertums Galenus derjenige, welcher die meisten Schriften verfafst hat. Viele von ihnen sind bis jetzt nicht herausgegeben und lagern noch in den Bibliotheken. Allerdings werden von den 300 Schriften, welche Galenus verfafst haben soll und von welchen ein grofser Teil bei einem Brande im Jahre 192 verloren gingen, viele nicht echt sein. Überhaupt ist das Studium der alten Schriftsteller durch diese Frage sehr erschwert, besonders wenn man bedenkt, dafs sich häufiger ganze Abschnitte fast wörtlich wiederholen. Dazu kommt, dafs über einen und denselben Gegenstand oder über dasselbe Heilmittel häufiger an den verschiedensten Stellen in den einzelnen Bänden berichtet wird. Immerhin war Galenus einer der bedeutendsten Ärzte des Altertums.

Im Jahre 131 nach Christus zu Pergamon geboren, widmete er sich mit 17 Jahren zunächst in seiner Vaterstadt dem Studium der Heilkunde. Später ging er nach Smyrna, Korinth und Alexandria und liefs sich 158 in seiner Vaterstadt nieder. Ein Beweis, dafs bereits damals das Erlernen der Medizin grofse Opfer an Zeit und Geld erforderten. Bedenkt man die Schwierigkeit des damaligen Verkehrs und die Umständlichkeit des Reisens, so wird man nicht umhin können, zu sagen, dafs Galenus für seine Zeit viel mehr für seine Ausbildung gethan hat, wie heute der Durchschnittsarzt. Nachdem er alsdann längere Zeit in seiner Heimat als Arzt thätig gewesen war, kam er später nach Rom, wo er neben seiner Thätigkeit als Leibarzt verschiedener Kaiser auch noch den gröfsten Teil seiner medizinischen und philosophischen Schriften verfafste.

Fig. 1

Fig. 2.

Fig. 4.

Fig. 3.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg

Ich selbst kenne nur die Schriften, welche der Leipziger Physiologe und Pathologe Karl Gottlob Kühn in 20 Bänden herausgegeben hat. Da ich die übrigen Details später in meinen historischen Streifzügen der *Monatshefte für praktische Dermatologie* zu veröffentlichen beabsichtige, so will ich hier nur kurz Galenus' Verhalten zur Dermatologie schildern.

Für seine Zeit war er ein ziemlich bedeutender Physiologe und Pathologe, dagegen ein reichlich einseitiger Dermatologe, der auf diesem Gebiete ganz und gar nur seine Vorgänger nachahmte. Wir finden daher bei ihm auch eine ganze Reihe Ärzte erwähnt, von denen wir sonst nichts wissen würden. Die Schilderungen der Hautkrankheiten sind eigentlich nur Lokalisationen und geht er irgendwo einmal ins Detail, so finden wir Dinge, welche ich bereits beim Hippokrates und Celsus angeführt habe und die von dort entlehnt sind.

Seine Anschauungen über die Entstehung der Hautkrankheiten sind rein humoralpathologischer Natur und werden dieselben fast ausschliefslich, soweit überhaupt eine Ursache angegeben wird, auf schlechte Säftemischungen und schwarze oder gelbe Galle zurückgeführt. Dafs hiermit für die Entstehung der Hautkrankheiten nichts erreicht wurde, ist selbstverständlich. Zu welchen Verirrungen dies dagegen in naturwissenschaftlicher Hinsicht bis fast in unsere Zeit geführt hat, geht aus dem Umstand hervor, dafs Galenus, wie im 12. Bande auf Seite 462—463 zu lesen ist, die Läuse in der Tiefe der Kopfhaut aus dieser entstehen läfst. Ich glaube, dafs auch diese Lehre nicht von ihm selbst stammt, sondern von andern entlehnt ist, da ja der bekannte Diktator Sulla nach der einen Version am Blutsturz, nach der andern an der Läusekrankheit gestorben sein soll.

Umgekehrt hat Galenus auf andern Gebieten Beobachtungen gemacht, die einem modernen Arzte alle Ehre machen würden und die beweisen, wie man auch ohne die Hülfsmittel der modernen Bakteriologie sehr weit kommen kann. Bei der Pest (*λοιμός*) beobachtete er schwarze Exanthemata zum Teil geschwüriger, zum Teil trockener Natur, welche spontan heilten. Einige hatten Ähnlichkeit mit der *ψώρα* (= Scabies), andere mit der Lepra. Bei andern Pestkranken stellte er eine Pneumonia mit Bluthusten fest. Wenn man bedenkt, wie erst die modernste Forschung mit Hülfe des Mikroskops und der Züchtung den Nachweis des Zusammenhangs zwischen den Bubonen und der Lungenentzündung der Pestkranken erbringen konnte, dann sieht man, wie viel gute klinische Beobachtung bereits vor fast zwei Jahrtausenden geleistet hat. Dafs die Lungenpest nicht immer eine üble Prognose gegeben hat, geht aus der Thatsache hervor, dafs diese nach Galenus' Ansicht gut heilen kann. (Bd. X, 367, 368).

Unwillkürlich drängt sich nun die Frage auf, hat demnach das

Studium dieses alten Schrifstellers aufser dem historischen auch noch einen praktischen Wert für die moderne Dermatologie. Nun, da kann ich kurz antworten, für Anatomie, Physiologie, Pathologie der Hautkrankheiten keinen; wohl aber für die Therapie und vergleichende Medizin.

Nur allzu sehr sind wir heute geneigt, alle Mittel als Errungenschaften unseres Zeitalters anzusehen und sie aufs Neue zu empfehlen, obgleich sie schon längst bekannt waren. Ferner schlummern unter den unzähligen Mitteln, welche Galenus anwendete, sehr viele, welche einer erneuten Prüfung von seiten der Hautärzte wert wären, während manche andere uns überhaupt unbekannt geworden und nur schwer zu deuten sind.

Für den Historiker und den vergleichenden Mediziner hat ein Vertiefen in dieses Werk den Wert, dafs er sieht, wie viel ein Arzt ohne Assistenz, ohne moderne Technik, ohne Kongresse leisten konnte. Immerhin darf man nicht vergessen, dafs manches, was ich in Folgendem unter dem Namen des Galenus anführe, einer späteren kritischen Forschung vielleicht nicht stand hält und sich als von einem anderen Autor verfafst und ihm nur fälschlich zugeschrieben herausstellt.

Einige Beispiele mögen genügen, um Galenus' Verhältnis zur Dermatologie zu charakterisieren. Eine grofse Bedeutung wird von den alten Schriftstellern der Alopecia und der ihr verwandten Ophiasis beigelegt. Als Ursache werden hauptsächlich mangelhafte Ernährung der Haarwurzeln (X, 1015) und Farbenveränderung der Haare selbst (XIV, 326) angeführt. Die Schilderung der Erkrankung entspricht der bekannten Area Celsi, welche ja von diesem Autor ihren Namen führt. Neu ist die Farbenschilderung, welche ich bei Hippokrates und Celsus nicht gefunden habe. Einige Haare sind mehr weifs, andere haben einen Stich ins Graue, wieder andere sind zum gröfsten Teile schwarz. Diese Erscheinung versucht er auf humoralpathologischem Wege zu erklären, da er natürlich das Pigment der Haare nicht kennt. In der Behandlung nimmt bei der Alopecia die Abführmethode einen grofsen Spielraum ein. Allerdings ist die Zusammensetzung der Pillen recht kompliziert. Die Zahl der äufseren Mittel ist viel gröfser als heutzutage und ich mufs mich daher damit begnügen, einige anzuführen: Alte Öle, Euphorbium, Thapsia, Kardamom, Schwefel, Theer (XII, 387—392); Zwiebel (XII, 48); Kot der verschiedensten Tiere, so von der Ziege (XII, 298); der Mäuse (XII, 308); ferner die Hufe vom Esel und von der Ziege. Weiter verwendete er die Asche verbrannter Frösche mit Theer (XII, 362) oder von Hasen mit Bärenfett (XII, 334). Ferner Nitrum, Kanthariden und Opium. Trotzdem müssen sie alle oft nicht geholfen haben, denn, wenn sie zu stark werden, soll man wieder zu schwächeren Mischungen zurückgehen (XII, 397). Er scheint bei dieser Erkrankung mit der Therapie nicht allzu viel Glück gehabt zu haben, denn er meint zum Schlusse

(XIV, 325—330, 394 und 395), man müsse es ja genau ausprobieren, um für den einzelnen Fall das richtige Mittel zu treffen. Als einziges allgemeines Mittel empfiehlt er schliefslich das Abreiben der erkrankten Partie mit einem leinenen Tuch und häufiges Rasieren.

Dem Haare wurde überhaupt im Altertum grosse Aufmerksamkeit zugewendet. Sein Ausfall wurde mit Opium (XII, 427 und an verschiedenen Stellen des 14. Bandes) bekämpft. Ferner empfiehlt er gegen Haarausfall Myrtenöl, Nardenöl, grüne Nüsse mit Öl und Alaun; weiter Absynth, Wachholderbeeren und Anemonen (die letzteren nur in Bd. XIV, die ersteren auch in Bd. XII). Die Kahlheit entsteht infolge der Trockenheit der Kopfhaut (I, 634 u. 621). Die Haare entstehen am schnellsten und stärksten nach der Geburt auf dem Kopfe und sind von verschiedener Farbe (I, 324). Die Ernährung ist ebenso wie die äufsere Umgebung seiner Meinung nach von grofsem Einflufs auf die Farbe und Stärke des Haares (I, 325). Aus der Absonderung und dem Temperament versucht er die verschiedene Haarfarbe zu erklären (I, 616). Unter seinen Haarfärbemitteln finden sich neben Pflanzen wie Nüsse etc. auch sechs Tage alter Hundeurin (XII, 443). Als Enthaarungsmittel benutzt er Arsenik, Wachholderharz, Ätzkalk und Realgar (XII, 452).

Die Schilderung des Favus (*Κηρίον*) ist von Hippokrates und Celsus entlehnt. Er besteht aus *ἀχῶρες*, welche gröfsere Löcher enthalten, in welchem sich ein honigähnliches Sekret befindet. Von seinen Arzneimitteln verdienen der Essig und die Kimolische (essigsaure Thon-) Erde besondere Beachtung (XII, 464 u. ff. XIV, 324). Im übrigen scheinen *ἀχώρ* und *Κηρίον* verschiedene Stadien derselben Krankheit gewesen zu sein. Achor entsteht auf der Kopfhaut als kleines Geschwür. Es wird anfangs eine Flüssigkeit abgesondert, welche zwischen Wasser und Honig die Mitte hält (Serum?). Unter den Achores sollen sich alle möglichen Tumoren entwickeln können (VII, 728 u. ff.). Ihren Namen führen sie von dem Symptom, da sie gleichsam zarte Löcher unter sich haben, aus denen eine klebrige Materie (*ἰχώρ*) abfliefst. Ein ähnliches Leiden ist das sogenannte *Κηρίον*, welches gröfsere Löcher hat, die ihrerseits eine honigartige Feuchtigkeit enthalten. Die Entstehung beider Leiden wird auf die ausgeschiedene Feuchtigkeit zurückgeführt. Dazu gesellt sich zunächst Jucken, später aber Geschwulstbildung (XIV, 323). Wenn die Erkrankung eine gröfsere Ausdehnung erreicht hat, so wird innerlich ein Abführmittel aus Jalapa, Aloe und Colocynthen gegeben, während äufserlich die bereits oben erwähnten essigsaure Thonerdenkompressen verwendet werden. In leichteren Fällen wird nur eine äufserliche Therapie angewendet. Vor allen Dingen häufiges Rasieren mit nachfolgenden warmen Umschlägen. Auch der Schwefel wird angewendet (XIV, 397 u. Bd XII, 464—496). Von den vielen Mitteln will ich nur noch eins erwähnen:

Bleiglätte mit im Licht verbrannten Papyrusstaudenblättern und Essig. Tritt hierauf Schmerz ein, so werden täglich warme Umschläge mit Myrten-, Spargel- und anderen Abkochungen gemacht (XIV, 324).

Während die im 12. Bande erwähnten Haarfärbemittel höchstens der Kuriosität halber von Interesse sind, scheinen mir die im 14. Bande auf Seite 390—392 angegebenen Mittel doch der Beachtung wert. Zum Schwarzfärben benutzte er Eisenschlacke und Blei in Essig bis auf ein Drittel eingekocht; ferner Schildkrötengalle in Öl gelöst oder Nüsse in Öl gekocht und mit Harz gemischt u. a. m. Wollte er das Haar blond färben, so liefs er zwei Tage lang mit in Wasser gekochtem Alaun anfeuchten, nachher liefs er das Haar mit Wasser, in welchem gebrannte Weinhefe (Weinstein?) gelöst war, waschen. Oder er liefs gebrannte und gestofsene Weinhefe mit Behennufsöl zur Konsistenz einer Wachssalbe mischen und damit abends vor dem Schlafengehen den Kopf einsalben.

Auch der Schminke war man im Altertum nicht abhold. Allerdings hatte die Kosmetik noch nicht einen solchen Umfang wie heutzutage angenommen, dafs man sich bald durch die Erzeugnisse der Droguisten und chemischen Fabriken nicht mehr durchfinden kann; aber interessant bleibt es immerhin, dafs die Sucht, Haar und Gesichtsfarbe zu verändern, bereits im Altertum und wahrscheinlich so lange wie es Menschen gab, schon an der Tagesordnung war. Um das Gesicht glänzend zu machen, mischte man Weihrauch mit Honig, rieb das Gesicht damit ein und liefs die Salbe einen ganzen Tag darauf und dann wurde es wieder abgewaschen. Wollte man dasselbe rot färben, so wurde entweder gestossene Färberöte oder geriebene bittere Zwiebeln mit Öl gemischt und aufgetragen (XIV 423). Gegen aufgesprungene Lippen empfahl Galenus eine Pomade aus gestofsenen unreifen Galläpfeln, Terpentinharz, Ysopkraut und Honig auf dieselben aufzutragen (XIV, 424).

Hühneraugen und Warzen scheinen zu Galenus Zeiten eine eingehendere Behandlung als heutzutage erfordert zu haben, infolgedessen finden wir wiederholt Stellen, welche sich mit ihnen beschäftigen. Die Warze (μυρμηκια) hält er für eine naturwidrige Anlage (X, 1004). Die beste Behandlung ist die chirurgische (X, 1011). Unter den medizinischen Mitteln finden sich manche Kuriosa, so im 14. Bande auf Seite 501; hier heifst es wörtlich: „Zähle die Hühneraugen und nimm so viele Ameisen und binde sie mit einer Schnecke in ein leinenes Tuch und verbrenne es. Rühre dann die Asche mit Essig an und streiche es auf.“ Oder lege verbrannte Dattelkerne, welche in der Sonne mit Salz und Ammoniak gemischt sind, auf; oder legè drei Tage mit Essig erweichten Rinderkoth auf, bis die Clavi abfallen. Im 12. Bande empfiehlt er ebenso zubereiteten Schafkoth (pag. 301). Von den ernster zu nehmenden Mitteln führe ich an gegen Hühneraugen in Essig aufgeweichte Rinde der Weide

(XI, 892), ferner eine Mischung von Lithargyrum, Theer, Kalbsfett, Terpentinharz, Manna, Wachs, Aerugo, Galbanum, Ricinusöl und Essig (XIII, 538 u. 647). Gegen Warzen benutzte er Feigen (XII, 133), Tithymallus (XII, 142) u. a. Gegen beide Erkrankungen verwendete er gestofsene Eidechsenköpfe (XII, 334) und Canthariden (XII, 364).

Die bereits oben erwähnten Kopfläuse hält er für sehr schwer zu behandeln und benutzt er dazu wilde Weinbeeren, Schwefelarsenik, Salpeter mit Essig und Öl (XII, 462, 463). Ferner dasselbe Mittel mit Rosinen oder gestofsenem Alaun mit Öl (XIV, 323). Die Flöhe verjagt er schliefslich dadurch, dafs er den Boden mit einer Abkochung von Gurkenblättern besprengt (XIV, 537).

Fassen wir diese auf die Haare, Kosmetik und Parasiten bezüglichen Angaben zusammen, so finden wir, dafs die wichtigsten Mittel der Dermatologie schon damals angewendet wurden, namlich Arsenik, Schwefel, Öl, Fette und Säuren. Allerdiugs sind eine Reihe Verordnungen so kompliziert, dafs wir sie heute wohl schwerlich nachahmen würden; ob dagegen nicht die eine oder andere Komponente wirksam gewesen ist, scheint mir doch einer Nachprüfung wert. Dafs eine Mischung von Blei, Theer und Terpentin unter Umständen stark reizen wird, unterliegt wohl keinem Zweifel; allein es giebt ja eine Reihe Hautkrankheiten, bei welchen wir eine starke Reaktion wünschen. Dafs anderseits Mittel wie Schafkoth oder tierischer Urin uns unappetitlich erscheinen, bedarf wohl nicht der Erwähnung; immerhin wäre es aber für unsere Chemiker eine dankbare Aufgabe, mittelst Analyse die wirksamen Bestandteile zu isolieren und mittelst Synthese dieselben hinterher darzustellen und sie alsdann unserem Arzneischatze einzuverleiben. Aufserdem verwendete Galenus eine ganze Reihe Mittel, welche Lithargyrum, Aerugo, Colophonium, Theer, Galbanum, Aloe, Erz, Gentiana, Manna, Ammoniak, Wachs u. a. enthalten, an bei frischen Wunden, Rheuma, Nervenleiden, alten Geschwüren, Verletzungen, Anthrax, rheumatischen Geschwüren, Parotitiden, Frostbeulen, Abscessen, Struma, Furunkel, harter Haut, Kopfschmerzen, Verletzungen durch Tierschlag, Bifs der Skorpionen, Maus und Menschen. Ja selbst aufser für Nackenschmerzen auch gegen frische und alte Augenentzündungen und Uteruserkrankungen (cf. XIII, 778 ff. u. v. a. Stellen.) Dafs hierbei kaum eine Kritik der einzelnen Mittel möglich ist, bedarf wohl gar keiner weiteren Erörterung. Half eben nicht das eine Mittel, so vielleicht das andere. Ein Standpunkt, der auch heutzutage manchmal eingenommen wird. Wenn demnach Galenus auch nicht viel für die Kritik und den Fortschritt der alten Medizin geleistet hat, so verdanken wir ihm doch in erster Linie die Ueberlieferung der alten Medizin und ihrer Technik.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXXIII. No. 8. 15. Oktober 1901.

Aus der dermatologischen Klinik und dem Laboratorium des Prof. Reiss in Krakau.

Ein Beitrag zur Histologie der idiopathischen diffusen Hautatrophie.

Von

Dr. Franz v. Krzyształowicz.

Bis jetzt sind wir nicht im stande, die Dermatosen, welche sich durch Atrophie der Haut kennzeichnen, ganz genau zu gruppieren. Wir kennen verschiedene Krankheitsprozesse, welche zur Atrophie der Haut führen können, in diesen Fällen ist die Ätiologie ganz klar. In anderen erscheint die Atrophie sozusagen idiopathisch, d. h. ohne dafs ein bekannter Krankheitsprozefs vorangegangen wäre, in solchen Fällen ist also die Ursache ganz unbekannt. Um diese letzteren Fälle (der idiopathischen Atrophie) zu erklären, mufs man nicht nur die genaue Anamnese berücksichtigen, nicht nur den ganzen klinischen Krankheitsverlauf sorgfältig beobachten, sondern es ist von gröfster Wichtigkeit, die histologischen Bilder, welche diese Veränderungen bieten, eingehend zu studieren, um aus denselben jene mikroskopischen Befunde herauszunehmen, welche in jedem Falle den Krankheitsprozefs, wenn auch nur zum Teil, erklären könnten. Deshalb wollen wir auch im vorliegenden Falle der idiopathischen Atrophie der Haut diese letzteren Details besonders in acht nehmen.

Der Patient wurde den 6. Dezember 1900 in die Klinik aufgenommen.

F. K., 29 Jahre alt, wohlgenährt, ohne krankhafte Erscheinungen seitens der inneren Organe; laut Angabe erblich nicht belastet, soll auch keine venerischen noch andere schwere Krankheiten überstanden haben.

Den Anfang seines gegenwärtigen Hautleidens versetzt Patient in den Herbst 1899. Es bildete sich — laut Angabe — nämlich auf der Haut des linken Fufses und Unterschenkels eine nässende Fläche, welche ihm Jucken und Brennen verursachte. Die Kniegegend war dabei geschwollen, die Bewegungen des Gelenkes aber dadurch nicht beeinträchtigt. Die Anwendung von Hausmitteln soll diese Erscheinungen binnen kurzem

beseitigt haben. Im März 1900 verletzte sich Patient den Fufsrücken desselben Beines mit einer Axt und einige Wochen später trat längs dieser ganzen Extremität ein Gefühl von Brennen, bald von Jucken auf; gleichzeitig wurden auch die Gelenkbewegungen im Knie erschwert.

An der Stelle der stattgefundenen Verletzung auf der linken unteren Extremität befindet sich eine 5 cm lange Narbe, welche vom zweiten Gliede der vierten Zehe etwas schräg nach aufsen läuft.

Die Haut der ganzen rechten unteren Extremität ist infiltriert, glänzend und so gespannt, dafs keine Falte sich abheben läfst. Die Grenze zwischen der kranken und gesunden Haut ist scharf und läuft längs dem Zehenansatz, dem äufseren Fufsrande und wellenförmig längs dem inneren Fufsrande; oben läuft die Grenzlinie über Hinterbacke in Form eines Bogens mit gegen die Hüfte gekehrter Konvexität, ist aber hier nicht so scharf wie auf dem Fufse. Innerhalb dieser Grenzen befindet sich nur noch ein handgrofses Stück gesunder Haut auf der Wade und ein etwas kleineres in der Kniekehle. Auf der ganzen kranken Strecke ist das Haar ganz geschwunden. Die Infiltration scheint auf dem ganzen Unterschenkel und dem unteren Teile des Oberschenkels (wo sie weniger ausgeprägt ist) gleichmäfsig zu sein und geht dann in einen 1 cm breiten Gürtel pigmentloser, bedeutend verdünnter Haut über. Der infiltrierte Hautteil ist rot, im unteren Teile sogar bläulich gefärbt. Beim Abheben einer Falte auf dem Unterschenkel bildet die Epidermis der Kniegelenkgegend und des unteren Teiles des Oberschenkels grofse, fest haftende Schuppen. Die Haut der Hinterbacke ist stark gerunzelt und von tief brauner Farbe. Dieselbe dunkelbraune Farbe zeigt auch jener Teil der inneren Schenkelfläche, wo die Infiltration aufhört und die Epidermis keine Runzeln und Schuppen mehr bildet und von da aus greift diese Pigmentierung auf den unteren Teil der Bauchwand bis zum Nabel hinauf und nach hinten auf die Lendengegend bis zur achten Rippe über. An den dunkel pigmentierten Stellen ist das Epithel trocken, rauh und fein gerunzelt. Innerhalb dieser Stellen eben sieht man hier und da ganz pigmentlose, etwas eingesunkene Flecken von verschiedener Gröfse, welche, besonders im oberen Teile, bald vereinzelt disseminiert, bald in Gruppen auftreten und peripherwärts sogar deutlich zusammenfliefsen. Ganz ähnliche Inseln pigmentloser Haut mit verdünnter, gerunzelter Epidermis sind auch auf dem Rücken mitten auf der gesunden Haut vom Schulterblattwinkel an bis zur Mitte der Hinterbacken ausgestreut. Dagegen sieht man in der Gegend beider Schulterblätter neben den pigmentlosen durch ihre Gröfse sich auszeichnenden Flecken, auch einzelne kleine pigmentreiche Inseln. Auf der Schulter und dem Hinterhaupt sind ebenfalls weifse eingesunkene, mit normal pigmentierten Haaren bedeckte bis linsengrofse Flecke zu finden. Auch der rechte Vorderarm und die Innenseite des Oberarmes ist mit

braunen Pigmentflecken bedeckt, in deren Umgebung wieder kleine pigmentlose Flecken sich finden. Das Epithel desquamiert an allen krankhaft veränderten Stellen.

Die atrophischen Herde haben eine gewisse Ähnlichkeit mit den sogenannten Striae gravidarum und bilden kleine Inseln von unregelmäfsiger Form, die stellenweise untereinander zusammenfliefsen und gröfsere Strecken einnehmen. Die Herde sind etwas unter das Niveau der Umgebung eingesunken, ihr Übergang zur normalen Haut ist überall scharf ohne Übergangsstufe. Durch Einwirkung von Kälte z. B. bei Anwendung von Ätherspray kann nur an den normalen Hautstellen eine deutliche Gänsehaut hervorgerufen werden, sonst gelingt dies weder an den infiltrierten noch den atrophischen Stellen.

Die stark atrophischen Stellen scheinen ganz pigmentlos zu sein, dagegen kann man in ihrer nächsten Umgebung vielfach ein Übermafs von Pigment beobachten, so dafs es den Eindruck macht, als wäre das Pigment von den Centren nach der Peripherie verschoben worden. Der Haarwuchs ist an den atrophischen Stellen, besonders an der vorderen Brustwand, meist normal (Lanugohaare). Einspritzung von Pilokarpin vermag an den krankhaft veränderten Stellen keine Spur von Schweifs hervorzurufen, an den nächst angrenzenden Stellen zeigen sich nur spärliche Tropfen.

Patient ist nicht im stande anzugeben, ob an den Stellen, welche jetzt die beschriebenen atrophischen und Pigmentveränderungen darstellen, früher solche Infiltrationen bestanden haben, wie sie jetzt die rechte untere Extremität bietet.

Diagnose: Atrophia cutis idiopathica diffusa.

Nachdem ich diesen, in der Klinik des Herrn Prof. Reiss beobachteten Fall beschrieben habe, erachte ich es für überflüssig, denselben mit den in der diesbezüglichen, verhältnismäfsig reichen Litteratur bekannten Fällen zu vergleichen, denn aus der obigen Schilderung allein ist es klar, dafs hier von keinem anderen Prozefs die Rede sein kann. Sowohl die Entwickelung des Krankheitsprozesses, wie auch die klinischen Erscheinungen sind derart, dafs die Diagnose in diesem Falle keinem Zweifel unterliegen konnte.

Alle Formen von Hautatrophie lassen sich — wie dies Unna in seiner Arbeit über diesen Gegenstand darthut — in sekundäre und idiopathische einteilen. Als sekundäre bezeichnen wir diejenigen Fälle von Hautatrophie, welche nach bekannten Krankheitsprozessen, wie Tuberkulose, Syphilis, Ulerythema centrifugum, Alopecie, Seborrhoe u. a. auftreten; von idiopathischer Hautatrophie sprechen wir, wenn der Atrophie kein bekannter Krankheitsprozefs vorangegangen ist. Wir müssen uns vorläufig mit dieser Einteilung begnügen. Wahrscheinlich wird die Zahl der letzteren Gruppe (der idiopathischen Atrophie) immer kleiner werden,

denn es ist zu erwarten, dafs ihre Ursachen mit der Zeit erforscht und sie eine auf die Ätiologie gestützte Bezeichnung erhalten werden.

Die idiopathischen Formen der Hautatrophie teilt UNNA ferner in umschriebene und diffuse und diese letzteren endlich in allgemeine (senile und marantische) fortschreitende wie der klinisch beschriebene Fall und solche, die nur an gewissen Körperstellen gefunden sind (Kraurosis vulvae und der zweite Typus der Xerodermie KAPOSI). Demnach mufs der beschriebene Fall der Gruppe der idiopathischen diffusen progressiven Atrophie zugezählt werden.

Von viel gröfserer Wichtigkeit scheint mir in diesem Falle das mikroskopische Bild zu sein, und so will ich mich auch im folgenden bemühen, nicht nur die gefundenen anatomischen Veränderungen in ihrem Verhältnisse zu den verschiedenen klinischen Erscheinungen darzustellen, sondern zugleich auch die Bilder einzelner Stadien und ihre Hauptmerkmale mit den von den Autoren in den Beschreibungen ähnlicher Fälle gemachten Angaben zu vergleichen.

Fast keiner von den Autoren hat bei der Beschreibung der histologischen Bilder gewisse Stadien berücksichtigt, welche sich klinisch unterscheiden lassen und die auch klinisch von manchen beschrieben wurden.

Schon makroskopisch kann man die verschiedenen Entwickelungsstadien der Krankheit beobachten. Neben den infiltrierten Stellen, deren Haut sich kaum in einer Falte abheben läfst und deren Oberfläche wie mit Kollodium überzogen aussieht, sieht man Pigmentflecken mit gerunzelter, hier und da desquamierender Epidermis, endlich ganz pigmentlose Stellen, deren Haut atrophisch, deren Epidermis verdünnt ist und in feinen Schuppen desquamiert.

Um ein Bild von diesem ganzen Krankheitsprozefs zu liefern, mufs ich diese drei Krankheitsstadien vorerst getrennt beschreiben, um darüber ein Urteil zu gewinnen, wodurch sie sich von einander unterscheiden und inwiefern die Veränderungen im Verlaufe des Krankheitsprozesses sich entwickeln. Zu diesem Zwecke wurden drei Hautstücke aus verschiedenen Stellen, welche den verschiedenen Stadien entsprechen excidiert, und zwar ein Stück aus der äufseren Oberfläche des Oberschenkels, wo die Veränderung im frühesten Stadium zu sein schien, ein zweites aus der Hinterbacke mit dunkler Pigmentierung und beginnender Atrophie, endlich ein drittes aus der Haut des Schulterblattes, die schon deutlich atrophisch war. Die Stücke wurden samt dem subcutanen Bindegewebe excidiert.

Makroskopisch machen die excidierten Stücke nicht den Eindruck atrophischer Haut: die Haut scheint hier nur härter, derber, aber nicht dünner zu sein. Durch das Mikroskop wird dieser Eindruck noch verstärkt und das kommt höchst wahrscheinlich daher, dafs die Schichtung der Haut verwischt ist und alle Drüsen und Follikel verkleinert sind,

denn alles ist hier in eine Schicht zusammengeflossen, welche unmittelbar auf den Muskeln liegt. An Stücken, die solchen Stellen entnommen sind, wo die subcutane Gewebsschicht breit ist, z. B. am Bauch, kann man noch Reste des Fettgewebes sehen, andere Stücke, die z. B. aus der Oberschenkelhaut herrühren, enthalten kein Fettgewebe mehr und die nach demselben zurückgebliebenen Bindegewebsreste fließen mit der eigentlichen Haut in eine Schicht zusammen und machen sie dadurch breiter.

Ich schicke der Beschreibung der mikroskopischen Bilder diese Umstände voraus, weil sie mir sogar an solchen Hautstücken auffielen, die in der Atrophie am meisten fortgeschritten zu sein scheinen.

Das erste Stadium, das auf Grund des allgemeinen klinischen Bildes als frühestes zu betrachten ist, zeigt mikroskopisch, wie wir es schon makroskopisch vermuten, ziemlich reichliche Infiltrationen der eigentlichen Haut und des subcutanen Gewebes. Die Infiltrate sind in den tieferen Schichten reichlicher, als in den oberflächlichen. Sämtliche Autoren beschreiben diese Infiltrationen und lokalisieren sie hauptsächlich um die Gefäße, die Hautdrüsen und die Follikel. Buchwald beschreibt die Infiltrate als Ansammlungen von zahlreichen Rundzellen an den genannten Stellen, desgleichen Jadassohn, Colombini, Beckert und Huber. Heuss beobachtete reichlichere Infiltrate um die Haarbälge, geringere um die Gefäße namentlich der oberen und mittleren Schichten. Diese Infiltrate sollen auch im späteren Stadium, wenn auch in geringem Maße, fortbestehen. Neumann spricht zuerst die Meinung aus, daß die Infiltrate nicht bloß um die Gefäße und Drüsen, sondern auch zwischen den Kollagenbündeln in zahlreichen Haufen liegen, und zwar sowohl im unteren wie oberen Teile. Doch soll das Infiltrat im unteren Teile geringer sein und nur um die Gefäße liegen, niemals aber in ersten Stadien.

Da ich auf Grund des späteren Bildes annehmen darf, daß mein Fall ein sehr frühes Stadium darstellt und reichlichere Infiltrate zeigt, als jene von anderen Autoren untersuchten Fälle, so kann ich der letzteren Angabe Neumanns nicht beistimmen. Ich fand nämlich die Infiltration stets sowohl um die Gefäße und die Hautdrüsen, wie auch — obwohl in geringerer Menge — zwischen den Kollagenbündeln; niemals aber fand ich sie im oberen Teile reichlicher als im unteren, sondern im Gegenteil sah ich in den tieferen Schichten die größte Anhäufung von Zellen, sogar ohne jeden Zusammenhang mit den Gefäßwänden.

Die Infiltrate bestehen nach den meisten Autoren aus kleinen Rundzellen; Jadassohn und Neumann erwähnen außer diesen auch spindelförmige Zellen und bestreiten das Vorhandensein von Plasmazellen, auf welche Unna und Huber aufmerksam machen, indem sie nicht nur ihre Anwesenheit feststellen, sondern dieselben nebst den nicht so reichlichen Bindegewebszellen als Hauptbestandteil der Infiltrate betrachten. Ich

nehme an, dafs die früheren Autoren, welche diese Zellen nicht sahen, spätere Stadien zur Untersuchung bekamen, denn ich mufs hervorheben, dafs ich bis jetzt noch nie so grofse und gut entwickelte Plasmazellen je gesehen habe, als eben bei dieser Veränderung.

Die Infiltrate sind also — wie gesagt — gröfstenteils aus grofsen Plasmazellen zusammengesetzt und liegen bald um die Gefäfse in deren Adventitia, bald durchwachsen sie die Gefäfswand gänzlich. Aufserdem findet man sie um die Knäueldrüsen und die Follikel in ziemlich grofser Menge. Leukocyten fand ich keine, ein Umstand, welcher gegen diejenigen Autoren spricht, welche die Abstammung der Plasmazellen von den Leukocyten herleiten. In einigen Präparaten fand ich gleich UNNA mitten im Infiltrate Hyalinkügelchen.

In den oberen Hautteilen liegen die Infiltrate gröfstenteils um die kleinen Gefäfse, in den tieferen Schichten lagern sich die Zellen reihenweise zwischen den Kollagenbündeln, indem sie dieselben auseinanderrücken, und in den Gefäfswänden oder um dieselben, was im weiteren näher besprochen werden soll.

Das Kollagen ist aufser der Auseinanderschiebung seiner Bündel durch die Infiltrate, auch sonst nicht ganz normal. Seine Bündel sind nicht wie gewöhnlich dick, voll, geradlinig, mit langen, längs den Bündeln laufenden Zwischenräumen, sondern geschlängelt, wodurch sie auf dem Querschnitt kürzer erscheinen, dabei haben sie ein trockenes Aussehen, sie sind dünn und wie gebrochen, die Zwischenräume sind dadurch kürzer aber zahlreicher. So sah ich das Kollagen in allen Schichten der von mir untersuchten Hautstücke und ich konnte in dieser Beziehung gar keinen Unterschied zwischen den einzelnen Schichten finden, wie dies NEUMANN in seiner Beschreibung angiebt. In den Papillen hat das Kollagen gewöhnlich feinere Fasern, seine Bündel sind durch die hier verlaufenden Gefäfse mehr auseinandergerückt als in den tieferen Schichten, bei dieser Veränderung fehlt aber die Papillarschicht schon im Anfangsstadium ganz, so dafs die ganze obere, unmittelbar unter der Epidermis liegende Hautschicht den abgeplatteten Papillen entspricht, ein Umstand, auf welchen alle Autoren (aufser HEUSS) besonders aufmerksam machten.

An den Kollagenfasern sind also — wie erwähnt — gewisse Abnormitäten zu beobachten, welche auf beginnende Atrophie zurückzuführen sind. Doch läfst sich nicht dasselbe von den elastischen Fasern behaupten. Diese bieten in diesem Stadium nur Veränderungen, insofern sie mit den Kollagenbündeln in enger Verbindung stehen.

Unter den Autoren ist HEUSS der einzige, welcher zwei Stadien beschreibt und behauptet, dafs im ersten Stadium die Atrophie der elastischen Fasern sehr gering ist und besonders um die Gefäfse, innerhalb der Infiltrate und in deren Umgebung zu beobachten ist. Ich konnte in

den Infiltraten gar keine elastischen Fasern finden, wie sie überhaupt in Veränderungen, die sich durch Infiltration charakterisieren, in der Regel fehlen; an anderen Stellen schien mir ihre Zahl etwas vergrößert, wahrscheinlich dadurch, daß die Kollagenbündel, längs welchen die elastischen Fasern liegen, schmäler sind, wodurch jene einander näher zu liegen kommen. Die diesbezüglichen Meinungen anderer Autoren, welche größere oder geringere Atrophie der elastischen Fasern beschreiben, werden im weiteren bei der Beschreibung des letzten Stadiums angeführt werden.

Infolge der oben erwähnten Abplattung der Papillen wird die im normalen Zustande scharfe Grenze der eigentlichen Haut verwischt und die Epidermis verläuft geradlinig. Nur hier und da kann man kaum eine Spur von einem Epidermiszapfen sehen, der etwas in die Haut hineinläuft, wodurch eine, wenn auch sehr platte Papille, in diesem Anfangsstadium sichtbar wird (Huber). Gut entwickelte und veränderte Papillen, wie sie Heuss beschreibt, konnte ich in keinem Verlaufsstadium dieser Krankheit finden.

Die Epidermis ist in allen ihren Schichten verändert, wie dies alle Autoren bestätigen, außer Heuss, welcher nur einen geringen Grad von Verdünnung der Epithelschichten in einem späteren Stadium erwähnt. Doch sind die im Prinzip übereinstimmenden Schilderungen der Autoren — in ihren Einzelheiten ziemlich verschieden, was für die oben gemachte Annahme sprechen dürfte, daß verschiedene Autoren differente Stadien dieser Krankheit zur mikroskopischen Untersuchung bekamen. Unter den ersten Autoren, welche diese ihrem Wesen nach so wenig erkannte Krankheit beschrieben, weist nur Pospelow darauf hin, daß die Hornschicht stellenweise verdickt, hier und da aber wieder verdünnt ist und der Rest des Epithels atrophiert. Bei Buchwald, Touton und Jadassohn finden wir keine Beschreibung dieser Schichten, Neumann beschreibt die Hornschicht als einen einheitlichen Streifen ohne Kerne, die Körnerschicht als auf eine Zellenreihe reduziert und die Stachelschicht als von normaler Größe mit deutlich hervortretenden Stacheln. Im Falle von Colombini war die Hornschicht bedeutend verdünnt, ihre Zellen waren ganz platt, die Körnerschicht bildete nur eine Zellenreihe, die Stachelschicht war atrophisch und die Basalschicht bestand nicht wie gewöhnlich aus cylinderförmigen, sondern bedeutend kleineren mit Pigment gefüllten Zellen. Bechert erwähnt nur im allgemeinen die Atrophie der Epidermis und Huber unterscheidet drei Schichten des Epithels: die Hornschicht mit platten Zellen, die im ganzen verdünnt ist, die Körnerschicht, die nur aus einer Zellenreihe besteht und die auf nur 4—5 Zellenreihen verdünnte Stachelschicht. Die letzteren Zellen sind in der Richtung der horizontalen Achse sehr verlängert, ihre Kerne sind kleiner; die Zellen der Basalschicht verlieren ebenfalls ihre normale Form und sind mit

reichlichen Pigment gefüllt. HELLER fand fast dieselben Veränderungen, nur sah er die Körnerschicht an vielen Stellen gar nicht mehr und die Hornschicht bestand aus Zellen, die deutliche Kerne hatten und frei aufeinander lagen. Endlich UNNA macht auf einen von anderen Autoren wenig berücksichtigten Umstand aufmerksam, nämlich dafs die Hornschicht ungleichmäfsig verdickt ist, wobei die Körnerschicht sich immer nachweisen läfst und die Stachelschicht atrophisch wird und keine Zapfen mehr zwischen den Papillen bildet.

Die obigen Beschreibungen stimmen vielfach mit dem von mir gefundenen mikroskopischen Bilde überein. Die Hornschicht bildet in diesem Stadium einen gleichmäfsigen Streifen kernloser Zellen, der gewöhnlich breiter ist, als die übrige darunter liegende Epidermis und einem Nagelquerschnitte ähnlich aussieht. Infolge des Druckes also, welchen diese Hornschicht auf die darunter liegenden Schichten ausübt, zeigt die Körnerschicht nur eine Reihe von schmalen, nach der horizontalen Achse ausgedehnten Zellen, von schwach ausgeprägter Körnung; die Stachelschicht vermifst fafst ganz die Stacheln, ihre Zellen sind ebenfalls horizontal verlängert und gehen nach unten zu in mehr rundliche Zellen über, fast niemals aber in cylinderförmige Zellen, wie dies im normalen Zustande der Fall ist. Die Intercellularräume dieser letzteren Zellenreihen sind weit, die Zellkerne sind etwas kleiner und färben sich schwächer, manche sind halbmondförmig (COLOMBINI). Doch sah ich nirgends das Infiltrat in die tieferen Epithelschichten eindringen, wie dies NEUMANN beschreibt. Das ganze macht also den Eindruck einer stark verdickten, im Verhältnisse zur übrigen Epidermis zu grofsen Hornschicht, die aber mit dem übrigen Epithel fest zusammenhängt und auf dieselbe einen so grofsen Druck zu üben scheint, dafs sie deren Entwickelung beeinträchtigt und deren Gestalt verändert.

In den tieferen Epithelzellenlagen sieht man sogar in diesem Stadium ziemlich reichliches Pigment, dessen geringe Mengen auch in den nächst darunterliegenden Hautschichten zu finden sind.

Ich komme noch auf das Bild der Gefäfse zurück, um die — wie alle Autoren übereinstimmen — die Infiltrate gröfstenteils liegen. Doch finde ich manche Gefäfse mit verdickten Wänden, die sich sonst normal verhalten. Dies ist besonders in den oberen Hautschichten zu beobachten, wo alle Gefäfse erweitert zu sein scheinen. HELLER und HUBER sprechen von einer vergröfserten Zahl der Gefäfse in diesem Hautteile, was ich in unserem Falle nicht finden konnte. Andere Autoren sprechen von einer Gefäfserweiterung, besonders in den oberen Schichten. Andere Gefäfse der mittleren Schicht sind unmittelbar an der Adventitia von dem Infiltrate umgeben, wodurch ihr Lumen verengt und ihre geschwollenen Endothelien deutlich gegen das Lumen hineinragen. Aufserdem sieht man

Gefäfse, in deren Lumen das umgebende Infiltrat hineinwächst, so dafs entweder ein Teil des Lumens mit neugebildetem Gewebe verlegt wird oder das Lumen im ganzen verwächst. An manchen Stellen, besonders in den tieferen Schichten, kann man auch konzentrisch angeordnete Zellenansammlungen beobachten, welche dem Querschnitte solcher obliterierten Gefäfse entsprechen. Auf diesen letzteren Befund machen nur Unna und Heuss aufmerksam. Ersterer weist nämlich auf diese Veränderung hin, indem er sie häufiger in den Venen, als in den Arterien findet, Heuss erwähnt die Wucherung der Endothelien und dadurch entstehende Verengerung der Gefäfslumina. Ich mache auf diese Veränderungen im ersten Stadium besonders aufmerksam, da dieselben den weiteren Verlauf der Krankheit und ihre Folgeerscheinungen zu erklären scheinen.

Die Hautdrüsen bieten in diesem Stadium gleichfalls unbeträchtliche Veränderungen. Die Knäueldrüsen sind oft vom Infiltrate umgeben, wodurch sie nicht die regelmäfsige Lage einnehmen und ihre Gänge nicht mehr senkrecht zur Hautoberfläche, sondern schräg verlaufen. Ihr Endothel ist infolge des Druckes schwach entwickelt und das Lumen gewöhnlich enger; in der Hornschicht aber konnte ich nirgends einen Ausführungsgang der Knäueldrüsen sehen.

Die Follikel und Talgdrüsen bieten nicht einmal solche Veränderungen, aufser dafs sie vom Infiltrat umgeben sind. Heuss ist unter den Autoren der einzige, der von etwaigen Veränderungen der Follikel und der Drüsen gar keine Erwähnung thut; andere Autoren beschreiben verschiedene Veränderungen, die sich jedoch auf das spätere, atrophische Stadium beziehen und deshalb erst weiter unten gelegentlich besprochen werden.

Die glatten Hautmuskeln scheinen in diesem Stadium unverändert zu sein; das Fettgewebe ist zum gröfsten Teile atrophisch.

So wie das erste Stadium, dessen mikroskopisches Bild eben geschildert wurde, das Infiltrationsstadium genannt werden kann, so kann das zweite Stadium als Stadium der Atrophie und der Pigmentation bezeichnet werden, denn die Verdünnung der Haut und die braune Pigmentierung kann in diesem Stadium schon makroskopisch nachgewiesen werden.

Das mikroskopische Bild der so veränderten Haut bietet in gewisser Hinsicht im Verhältnisse zu den Veränderungen des Infiltrationsstadiums ziemlich erhebliche Differenzen. Vorerst ist die Infiltration, die das vorige Stadium charakterisiert, hier nicht mehr so ausgeprägt; man sieht nur eine geringe Zahl von Bindegewebszellen und spärliche Plasmazellen, welche die Gefäfse begleiten und die Interstitialräume des Kollagens ausfüllen. An wenigen Stellen, namentlich der tieferen Schichten, sieht

man noch deutliche aus Plasma- und Bindegewebszellen zusammengesetzte Infiltrate. In diesen Infiltrationsresten, besonders aber in deren Umgebung, befinden sich hier und da freiliegende Mastzellen (cellules granuliferes Browicz).

Das Kollagen und die elastischen Fasern stellen ein dem oben geschilderten ähnliches Bild dar, nur scheint die Atrophie sowohl der einzelnen Kollagenbündel, wie auch der elastischen Fasern weiter fortgeschritten zu sein.

Die Hautdrüsen und Follikel zeigen einen hohen Grad von Atrophie, wie dies Autoren bestätigen. Fast alle Autoren finden die Zahl der Drüsen und Haarbälge vermindert. POSPELOW macht zuerst auf die horizontale Lage der Knäueldrüsen, was von COLOMBINI und UNNA bestätigt wird, und die vollständige Atrophie der Follikel und Talgdrüsen aufmerksam. JADASSOHN weist auf den gänzlichen Schwund der Drüsen und Haarbälge hin, die im Infiltrationsstadium nur von der Infiltration angegriffen sind. NEUMANN sah weder Talgdrüsen noch Knäuelgänge, nur spärliche Follikel. COLOMBINI macht auf die Atrophie und Entfärbung der Haare in den verkleinerten Follikeln und die kleinen Talgdrüsen aufmerksam. HELLER fand gar keine Haare und die Drüsen und Follikel atrophisch. UNNA weist nebst der Atrophie dieser Hautnebenteile noch auf die Erweiterung der Lumina der Knäueldrüsen an gewissen Stellen hin, deren Gänge nur ausnahmsweise zu beobachten sind.

Ich kann fast alle obigen Angaben der verschiedenen Autoren bestätigen. Die Knäueldrüsen liegen wirklich, wenn auch nicht horizontal, doch jedenfalls ganz schief gegen die Hautoberfläche, die Lumina ihrer Ausführungsgänge sind bedeutend enger, die Endothelien sehr schwach entwickelt, wie zusammengezogen.

Die Talgdrüsen sind ebenfalls kleiner, ihre Zellen atrophisch, die Haarbälge sind bedeutend schmäler, ihr Verlauf ist geschlängelt, so daß sie auf einem Schnitt mehrmals getroffen werden.

Die glatten Muskeln zeigen keine bemerkenswerten Veränderungen und sind sogar um die atrophischen Talgdrüsen und Follikel sichtbar.

Die Epidermis ist nicht viel mehr verändert. Sie läßt ebenso wie früher die Malpighische Schicht unterscheiden, die verdünnt ist und platte, komprimierte Zellen enthält ohne differenzierte, cylinderförmige Basalschicht, ferner gewöhnlich nur eine Körnerzellenreihe und die wie im Infiltrationsstadium verdickte Hornschicht. Die Zeichnung unterscheidet sich im ganzen nur dadurch, daß während die Hornschicht im vorigen Stadium einen gerade laufenden Streifen darstellte, dieselbe hier wellenförmig verläuft, wodurch die darunter liegende Schicht eine Art Papillen bildet; an manchen Stellen beobachtet man die Desquamation an der Oberfläche. Nirgends sah ich aber Hornzellen mit erhaltenen Kernen (Parakeratose), wie sie HELLER beschreibt.

Die an die eigentliche Haut angrenzenden Epithelschichten sind mit reichlichem Pigment gefüllt, welches auch in der eigentlichen Haut sowohl frei als auch in den Zellen in gröfserer Menge vorhanden ist, als in den übrigen Stadien dieser Krankheit.

Das dritte und letzte Stadium kann, schon makroskopisch beobachtet, als Stadium der Atrophie bezeichnet werden. Ich bin aber nicht der Meinung, dafs das Bild, welches die spätesten Veränderungen im Verlaufe unseres Falles bieten, zugleich der Ausdruck der terminalen Atrophie seien, also eines Prozesses, der nicht mehr fortschreiten wird. Man mufs vielmehr bei näherer Betrachtung annehmen, dafs wir es hier mit einer sehr vorgeschrittenen aber noch nicht abgeschlossenen Atrophie zu thun haben.

Der Zustand der Haut unterscheidet sich nicht viel von der vorher beschriebenen. Zu bemerken ist in erster Reihe, dafs die Infiltration hier ganz fehlt, obwohl hie und da die Zahl der spindelförmigen Bindegewebszellen um die Gefäfse etwas gröfser ist. Das Kollagen ist gleich dem vorher beschriebenen atrophisch. Dagegen ist das elastische Gewebe sowohl morphologisch wie quantitativ verändert. Der schon oben erwähnte geschlängelte Verlauf der Fasern ist in diesem Stadium noch besser ausgeprägt, die Fasern erscheinen, besonders im mittleren Teile der eigentlichen Haut, gröfstenteils in Bruchstücken, in kürzere oder längere Teilchen zerstückelt. Im oberen Teile ist das Netz zwar erhalten, aber die Fasern sind spärlicher, feiner und färben sich schwach. Die Verminderung der Zahl der elastischen Fasern ist übrigens in allen Hautschichten zu beobachten. Die chemisch-histologische Untersuchung der Fasern giebt keine Reaktion; die auf etwaige Degeneration des kollagenen oder elastischen Gewebes hinweisen könnte.

Obwohl fast alle Autoren die Atrophie der elastischen Fasern feststellen, so sind ihre diesbezüglichen Meinungen nicht übereinstimmend. Buchwald und Touton behaupten, dafs das elastische Gewebe in geringerem Grade der Atrophie verfällt, als die übrigen Gewebe. Das dürfte mit den mikroskopischen Bildern, welche unser Fall bietet, am meisten übereinstimmen. Colombini spricht zwar von Atrophie der elastischen Fasern, konnte sie aber in seinem Falle stets finden, obwohl sie dünn und gebrochen waren und sich schlecht färbten. Neumann fand das elastische Gewebe nur da nicht, wo keine Papillen vorhanden waren oder im Infiltrate. Heller spricht von einer scheinbaren Vermehrung des elastischen Gewebes infolge der Atrophie des Kollagens, was auch in unserem Falle schon erwähnt wurde. Huber beobachtete die scheinbare Vermehrung in erhaltenen Papillen, obwohl die Fasern feiner waren und sich schwächer färbten. Eine deutliche Verminderung der Faserzahl sah er nur im Infiltrate und in der mittleren Hautschicht. Nach Unna bildet das sub-

epitheliale Netz eine gleichmäfsige Schicht ohne deutliche Faserung, was in unserem Falle nicht zu sehen ist, doch spricht auch er von den Erscheinungen unregelmäfsiger Atrophie des Elastins, die aber nur an gewissen Stellen deutlich sichtbar ist und beschreibt dabei in sehr charakteristischer Weise den Verlauf der Elastinfasern, die auf ihn den Eindruck machen, als hätten sie ihren Stützpunkt verloren. Den vollständigen Ausfall der elastischen Fasern — was in unserem Falle an keiner Stelle zu konstatieren ist — sah JADASSOHN in seinem Falle an gewissen unregelmäfsig gelegenen Stellen. HEUSS giebt ebenfalls ein Bild der vollständigen Atrophie, welche nach ihm um die Gefäfse der oberen und mittleren Schicht der eigentlichen Haut beginnt, obwohl das elastische Gewebe am längsten sich in der Papillarschicht erhält. Letzteres dürfte sich in unseren Bildern bestätigen, denn wir fanden in diesen oberen Hautschichten die elastischen Fasern stets am besten erhalten.

Die atrophischen Drüsen und Follikel sind schon bei der Schilderung des vorigen Stadiums beschrieben worden, hier ist nur noch zu bemerken, dafs die Lage der Knäueldrüsen am häufigsten ganz horizontal ist und die Talgdrüsen spärlich und klein sind.

Die Follikel sind, wie erwähnt, gewöhnlich dünner, zusammengezogen, zusammengedreht, das Haar selbst dünn, atrophisch. Ein merkwürdiges Bild bietet die Mündung des Follikel; sie ist trichterförmig und mit hornigen Massen wie mit Perlen ausgefüllt, welche das Haar nicht durchbrechen lassen und sekundär sowohl seine Atrophie wie auch die der Talgdrüse, welche unthätig wird, bewirken. Der glatte Muskel tritt zwischen den Kollagenbündeln deutlich hervor und scheint eher hypertrophisch als atrophisch zu sein; an seinen Insertionsstellen sind die elastischen Fasern weniger reichlich als im normalen Zustande.

Auch die Epidermis unterscheidet sich ziemlich erheblich von der der vorigen Stadien. Die Stachelzellen sind nicht mehr komprimiert, denn die Hornschicht ist dünn, aus trockenen, platten Zellen zusammengesetzt. Die Körnerschicht fehlt ganz, so dafs die Hornschicht unmittelbar auf der Stachelschicht liegt, deren Zellen nicht dünn, langgezogen, sondern rundlich, polyedrisch sind und deutliche, sich gut färbende Kerne erhalten. Die Basalschicht unterscheidet sich durch nichts von den übrigen Zellen und enthält eben so viel Pigment, wie im normalen Zustande. In der eigentlichen Haut fand ich in diesem Stadium kein Pigment, wie dies in den vorigen Stadien der Fall war.

Auf Grund dieser histologischen Bilder lassen sich auch die klinischen Erscheinungen erklären. Die Spannung der Haut und die bläulich-rote Färbung, welche die Haut in dem von uns bezeichneten Infiltrationsstadium zeigt, wird durch die Infiltration der Haut und die Erweiterung ihrer Gefäfse zur Genüge erklärt; aufserdem trägt zur Härte der Haut

noch die Verdickung der Hornschicht bei, die ihr ein glattes, glasartiges Aussehen verleiht. Das Ausbleiben der Schweifssekretion, sogar unter Einwirkung von Pilocarpin, ist im histologischen Bilde der Knäueldrüsen begründet und das Fehlen der Knäuelgänge in den oberen Epidermisschichten läfst sich auf die Verdickung dieser Schichten zurückführen.

Die dunkle Färbung und weiche Konsistenz der verdünnten Haut entspricht der das mikroskopische Bild charakterisierenden bedeutenden Menge von Pigment, welches nicht nur im Epithel, sondern auch in der eigentlichen Haut abgelagert ist, ferner der Runzelung der in Atrophie begriffenen Epithelzellen und der beginnenden Atrophie des Gerüstes der eigentlichen Haut.

Das dritte Stadium bietet ein Bild der hochgradigen Atrophie aller Hautgewebe, welche so weit fortschreiten zu können scheint, dafs, nebst der Atrophie der Drüsen und Follikel, auch das sonst so resistente elastische Gewebe endlich zu Grunde geht.

Die Histogenese dieses Leidens scheint also klar zu sein: als erste Erscheinung tritt die Infiltration um die Gefäfse und zwischen den Kollagenbündeln auf und dann kommt es mit der Zeit zur Atrophie der Gewebselemente und Drüsen der Haut. Es ist somit vor allem die Bedeutung der Infiltration zu würdigen. Infiltrationen, welche vorwiegend aus Plasmazellen bestehen, haben den Charakter von Entzündungsprozessen, aber mit chronischem Verlauf. Die Infiltrationszellen sammeln sich hauptsächlich in den Gefäfswänden und bringen, indem sie an gewissen Stellen in das Gefäfslumen hineinwachsen, die vollständige Obliteration desselben zu stande, was doch für den weiteren Verlauf des Krankheitsprozesses nicht ohne Bedeutung bleiben kann. So sehen wir auch im späteren Stadium die Infiltration immer kleiner werden und gleichzeitig die Atrophie des kollagenen und elastischen Gewebes und der Drüsen hervortreten, bis es endlich zur hochgradigen Atrophie dieser Elemente kommt, wie wir sie in den Fällen mancher Autoren sehen. Nach Heuss darf der Obliteration der Gefäfslumina keine so grofse Bedeutung zugeschrieben werden, weil diese Erscheinung erstens nicht allgemein ist und zweitens in allen mit Atrophie verbundenen Prozessen wiederholt vorkommt. Diese Schlufsfolgerung leuchtet mir nicht ein. Die teilweise, nur auf gewisse Gefäfse beschränkte Lumenverengerung oder Obliteration bewirkt in der Folge freilich nicht allgemeine Atrophie, sondern blofs Atrophie jener Hautpartien, welche den verwachsenen Gefäfszweigen entsprechen, worauf mehrere Autoren besonders Jadassohn und Unna aufmerksam machen; das Vorkommen aber der Gefäfsverwachsung bei anderen mit Atrophie verbundenen Krankheitsprozessen spricht nicht nur dagegen, sondern vielmehr dafür, dafs die Atrophie durch die Gefäfsobliteration verursacht wird. Es ist somit anzunehmen, dafs ein gewisser Faktor die

Infiltration hervorruft, welche sich um die Gefäfse organisierend, dieselben zur Obliteration führt, wodurch die entsprechenden Hautpartien in ihrer Ernährung beeinträchtigt und endlich ganz atrophisch werden.

In anatomischer Hinsicht bleibt noch die im ersten Stadium auftretende Verdickung der Hornschicht zu berücksichtigen, welche nicht ohne Einfluſs auf die tieferen Schichten zu sein scheint, deren Ursache aber vor der Hand schwer zu finden ist. Wir sehen also, daſs die tieferen Epithelschichten komprimiert und in der Entwickelung beeinträchtigt werden, daſs die Mündungen der Knäueldrüsen in der verdickten Schicht schwer zu finden sind, daſs das Haar durch diese Schicht nicht durchbrechen kann, was nicht ohne sekundäre Veränderungen im Follikel und in der Talgdrüse bleiben kann. Ich will nicht behaupten, daſs diese hochgradige Hyperkeratose in diesem Leiden auch die Folge der Infiltration ist, die durch ihre Wucherung um die Gefäfse die Gewebe in ihrer Ernährung beeinträchtigt, ich will bloſs auf diesen Umstand im Anfangsstadium, der für die Entwickelung des Krankheitsprozesses von Bedeutung sein muſs, aufmerksam machen.

Huber vertritt die Ansicht, daſs der Druck, welchen die Infiltration einerseits auf das elastische Gewebe, andererseits auf das Bindegewebe und die Drüsen der Haut ausübt, die Atrophie dieser Elemente hervorruft. Wenn dem so wäre, so würde die Atrophie (sogar eine vollständige) die Fasern an den Stellen der bestehenden Infiltration und das nach der Infiltration zurückgebliebene Gewebe betreffen, nicht aber einzelne Hautpartien an gewissen Stellen einnehmen.

Aus dem histologischen Bilde ist zu schlieſsen, daſs wir bei diesem Krankheitsprozeſs es mit einem chronischen Entzündungsprozeſs zu thun haben, dessen Ätiologie noch unbekannt ist. Die Mehrheit der Autoren, wie Pospelow, Jadassohn, Neumann, Huber, Bechert nehmen als Ursache gewisse unbekannte trophoneurotische Störungen an; nur Neumann bezeichnet den Prozeſs als „lentiscierenden trophoneurotischen Entzündungsprozeſs.“ Mit gleichem Rechte könnte man aber auch eine Infektion oder einen auf inneren Störungen beruhenden Prozeſs annehmen, denn keiner von den Autoren hat in seinem Falle etwaige Störungen im Bereiche der peripheren Nerven oder der Zentren nachgewiesen. Ich erachte es deshalb für richtiger, keine Hypothesen auszudenken, bis die klinischen Beobachtungen und die anatomischen Untersuchungen über die Frage Aufschluſs geben, und begnüge mich vorläufig lediglich damit, auf den offenbar chronisch-entzündlichen Charakter dieses Prozesses hinzuweisen. Sogar der Vergleich dieses Prozesses — in klinischer und anatomischer Beziehung — mit dem ihm am nächsten stehenden Ulerythema centrifugum (Lupus erythematosus) kann zur Aufklärung dieser Frage nichts beitragen, denn auch diese Affektion ist trotz aller Behauptungen

der französischen Autoren, die es als eine Hauttuberkulose betrachten wollen, in Bezug auf ihre Ätiologie ganz unbekannt.

Nach reiflicher Erwägung, sowohl des klinischen Verlaufes wie auch der anatomischen Befunde aller bis jetzt bekannt gewordenen Fälle mit Inbegriff des unserigen Falles, drängt sich ein Zweifel auf bezüglich des idiopathischen Charakters dieser Form von Hautatrophie. Histologisch und sogar klinisch läfst sich der chronisch-entzündliche Charakter dieses Prozesses nachweisen, welcher wahrscheinlich infolge seiner Lokalisation — wie dies die mikroskopischen Präparate zeigen — erst sekundär die Atrophie der Gewebe hervorruft. Bei den diesem Leiden nahestehenden Krankheiten, wie bei Lupus vulgaris, Ulerythema centrifug., der Syphilis, beobachten wir ebenfalls Atrophie der Haut und nennen sie daher sekundäre Atrophie. Den oben beschriebenen Krankheitsprozefs jedoch müssen wir vorläufig die Bezeichnung „idiopathische" Atrophie beilegen, so lange die ihm zu Grunde liegende Affektion unbekannt ist.

Zuletzt will ich noch an dieser Stelle der angenehmen Pflicht nachkommen, indem ich dem Herrn Prof. Reiss meinen besten Dank für das mir übergebene Material und für die mir gegebenen Ratschläge ausspreche.

Litteratur.

Bechert, Über einen Fall diffuser idiopathischer Hautatrophie. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1900. LIII.

Breda, Contributo all'atrophia idiopath. della pelle. *Festschr. f. Kaposi.* 1900.

Bronson, Atrophia cut. idiopath. Sitzungsber. New York.-Ges. 1885.

Buchwald, Ein Fall von diffuser idiopathischer Hautatrophie. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1888. XV.

Colombini, Klinische und histologische Untersuchungen über einen Fall von idiopathische Atrophie der Haut. *Monatsh. f. pr. Derm.* XXVIII. 2.

Elliot, Ein Fall von idiopathische Atrophie der Haut. *Journ. of cut. and. g. u.* 1895.

Fordyce, Symmetrische Atrophie der Haut. *Arch. f. Derm. u. Syph.* XLVI.

Grön, Diffuse idiopathische Hautatrophie. *Norsk. Mag. f. Laegevid.* 1891.

Heller, Über die idiopathische Hautatrophie. *Festschr. f. Neumann.* 1900.

Heuss, Beitrag zur Kenntnis der Atrophia maculosa cutis. *Monatsh. f. pr. Derm.* 1901. XXXII.

Huber, Über Atrophia idiop. diff. progress. cutis im Gegensatze zu seniler Atrophie. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1900. LII.

Jadassohn, Über eine eigenartige Form von Atrophia maculosa cutis. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1892. XXIV. Ergh.

Jordan, Ein Fall von diffuser seniler Atrophie und Hyperpigmentose der Haut. *Monatsh. f. pr. Derm.* XXV.

Kolaczek, Ein merkwürdiger Fall cirkumskripter Hautatrophie. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1876.

Metschnikoff, Atrophia cut. idiopath. et sclerodermia. Gesellsch. in Moskau. 1899.

Nielsen, Atrophodermia erythematosa mit excentrischer Verbreitung. Dän. Derm. Gesellsch. 1899.

Nikulin, Atrophia cutis idiopath. Derm. Gesellsch. in Moskau. 1897.
Neumann, Über eine seltene Form von Atrophie der Haut. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1898. XLIV.
Ohman-Dumesnil, Über einen ungewöhnlichen Fall von Atrophie der Haut. *Monatsh. f. pr. Derm.* 1890.
Pospelow, 1. Cas d'une atrophie idiopath. d. l. peau. *Annal. d. Derm. et Syph.* 1886.
— 2. Fälle idiopath. Hautatrophie. *Med. Obosreniji.* 1887.
— 3. Atrophia cutis maculosa. Derm. Gesellsch. in Moskau. 1899.
Riedel, Idiopathische progressive Hautatrophie. *Arch. f. Derm. u. Syph.* XLVIII.
Rille, Atrophia cutis idiopathica. Wien. derm. Gesellsch. 1898.
Schütz, Erythromelalgie und Hautatrophie. *Derm. Zeitschr.* 1899.
Shepherd, Atrophia maculosa et striata im Gefolge von Ileotyphus. Amer. derm. Assoc. 1890.
Taylor, Ein Fall von cirkumskripter idiopathischer Atrophie der Haut. *Journ. cut. and. gen. ur.* 1898.
Touton, Über einen Fall von erworbener idiopathischer Atrophie der Haut. *Dtsch. med. Wochenschr.* 1886.
Unna, Ein Fall von idiopathischer diffuser progressiver Hautatrophie. *Festschr. f. Neumann.*
Zinsser, Ein Fall von symmetrischer Atrophie der Haut. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1894. XXVIII.

Aus der Praxis.

Zur Verwendung des Epicarins.

Von

Dr. Ferdinand Winkler-Wien.

Die dem Epicarin von Kaposi[1] nachgerühmte Eigenschaft, einerseits juckstillend und andererseits antiparasitär zu wirken, sichern ihm einen festen Platz in der Behandlung von Skabies, Herpes tonsurans und Prurigo. Die Mitteilungen von Krauss,[2] Pfeiffenberger,[3] Rille[4] und Siebert[5] haben diesen Angaben nichts neues hinzugefügt. Das Epicarin verdient aber schon mit Rücksicht auf die Bemerkung von Kaposi, dafs dem Mittel vornehmlich eine Mortifizierung der oberflächlichen Epidermisschichten zukommt, und dafs dessen Anwendung in allen jenen Fällen indiziert ist, wo eine solche Wirkung erfordert wird, eine ausgedehntere

[1] *Wien. med. Wochenschr.* 1900. No. 6.
[2] *Allg. Wien. med. Ztg.* 1900. No. 24.
[3] *Klin.-therap. Wochenschr.* 1900. No. 19.
[4] *Heilkunde.* 1900. No. 12.
[5] *Münch. med. Wochenschr.* 1900. No. 47.

Verwertung. Ich möchte hier nur auf zwei Indikationen verweisen, bei denen es sich mir ganz vorzüglich bewährt hat.

In erster Linie verordne ich es vielfach bei Seborrhoea capitis und dem darauf folgenden Haarausfalle in alkoholischer Lösung, etwa in der Formel:

℞ *Epicarini* 5,0
Aeth. sulfur. 15,0
Spir. vin. gall. 80,0
Ds. Haarspiritus

und lasse sie nach Scheitelung des Haares täglich einmal in die Kopfhaut einreiben. Es ist dabei nicht nötig, die Kopfhaut vorher mit Seifenspiritus abzureiben. Man bringt unmittelbar auf die Kopfhaut einige Tropfen des Epicarinspiritus und verreibt sie mit dem Finger. Eine zu grofse Menge Spiritus ruft infolge der Entfettung ein oft unangenehmes Spannungsgefühl hervor und läfst das Haar spröde werden, wie auch Kaposi beim Rückbleiben von Epicarin ein Sprödewerden der Haut betrachtet hat. Geringe Mengen Epicarin rufen aber umgekehrt ein Geschmeidigwerden des Haares hervor.

Die zweite Indikation die Perniones. Hier ist einerseits die juckstillende Wirkung des Epicarins zu verwerten, und anderseits kommt ein gewisser Einfluſs auf die Hautgefäſse in Betracht. Sowohl bei erythematösen als auch bei exulcerierten Pernionen habe ich mit dem Epicarin gute Resultaie erzielt. Ich verschreibe es zu dieser Behandlung regelmäſsig mit Caseinsalbe, etwa in folgender Weise:

℞ *Epicarini* 3,0
Sapon. virid. kalin. 0,5
Ungt. caseini ad 30,0.
M. f. ungt. Ds. Salbe.

Sie bildet eine gleichmäſsige, dicke, halbfeste Salbe von rötlicher Farbe, welche auf der Haut einen trockenen, glatten Überzug bildet, der dem Kranken hinsichtlich der Wäsche keinerlei Unannehmlichkeit bringt; diese Caseinsalbe hält sich vermöglich der intensiv antiseptischen Wirkung des Epicarins durch sehr lange Zeit hindurch unverändert.

Die Salbe wird täglich im warmen Bade entfernt und nach sorgfältigem Abtrocknen neu aufgetragen. Schon am ersten Tage hört das Jucken und das Brennen, sowie der Schmerz bei Druck auf, das Frythem geht zurück und das Frostgeschwür kommt bald zur Heilung.

Endlich möchte ich noch anführen, daſs ich bei Lichen ruber planus durch Umschläge mit Epicarinspiritus und durch Einreibungen mit der Epicarincaseinsalbe den Juckreiz vollständig zu stillen vermochte.

Versammlungen.

Verhandlungsbericht der dermatologischen Sektion des XIII. internationalen medizinischen Kongresses.

Paris, 29. August 1900.

(Masson et Cie., Paris 1901.)

Die wissenschaftlichen Arbeiten beginnt, ein gutes Omen, UNNA mit seiner Mitteilung über die **parasitäre Natur des Ekzems**. Es erübrigt sich für die Leser der Monatshefte darauf einzugehen, da die Arbeiten UNNAS in extenso in den Monatsheften erschienen sind. (XXXI. No. 5.) KAPOSI vertritt den absolut entgegengesetzten Standpunkt. Er erkennt nach HEBRA nur das Ekzema marginatum als parasitär an. Die Ätiologie der Ekzeme sei chemischer, mechanischer und thermischer Natur. Den Begriff Ekzema seborrhoicum weist KAPOSI energisch zurück, ebenso die neuesten Arbeiten UNNAS über die Ekzemerreger, TRAUBEL-PAAS, NEUFANG und SCHILDT. Seine Experimente sieht er nicht als beweisend an. Im übrigen findet sich die Debatte, die sich für und wider ihm in Paris nach UNNAS Vortrag erhob, schon ausführlich referiert in Band XXXII. 8. pag. 430/432.

Die Diskussion über **Tuberkulide** eröffnet BOECK-Christiania. Unter Tuberkuliden im engeren Sinne sind die „Toxituberkulide" zu verstehen, neben denen HALLOPEAU noch die „Bacillotuberkulide" unterscheidet. Typisch für erstere ist ihr symmetrisches Auftreten und ihr Vorkommen bei meist tuberkulösen Personen. Dem Charakter nach teilt BOECK die Tuberkulide ein: 1. in solche, die perifollikulär, oberflächlich sitzen und schon vielfach Bacillenbefunde ergeben haben und 2. solche von tieferem Sitze, nicht perifollikulär und ohne Bacillennachweis. Unter letzter Rubrik rangieren Lupus erythematosus (auch pernio), die papulo-nekrotischen und die knotigen Tuberkulide, unter der ersteren der Lichen scrophulosorum, das Ekzema scrophulosorum BOECK, Pityriasis faciei simplex infantum (P. scrophulosorum), die papulosquamösen und die pustulösen perifollikulären Tuberkulide. Zweifelhaft, ob er sie unter die Tuberkulide rechnen soll, ist BOECK für die Acnitis-BARTHÉLEMY, BAZINS Erythème induré, Pityriasis rubra gravis HEBRA und einzelne angiomatöse und abschuppende erythematöse Formen. Das Ekzem der Skrophulösen ist die Abart für junge Leute und für Kinder der Lichen scrophulosorum. Letzterer ist sicher tuberkulös. (WOLFFS, JACOBIS Bacillenbefunde, Impferfolge, Tuberkulinreaktion.) Die Pityriasis simplex faciei ist gewissermafsen die schwächste Modifikation des Lichen scrophulosorum. Bei Kranken mit Lupus erythematosus sah BOECK in 66 % der Fälle Drüsenschwellungen oder Spuren von solchen. Auch ROTH beobachtete ähnliches. KOPP u. a. berichten von Umwandlungen in Lupus vulgaris, NIELSEN Nebeneinandergehen beider Leiden bei einem Individuum. Alles spricht nach BOECK für seine Ansicht. Die Richtigkeit der letzteren wird von CAMPANA-Rom bezweifelt und von RIEHL-Leipzig direkt bestritten. Er glaubt nicht, dafs man alle genannten „Tuberkulide" in einer grofsen Gruppe zusammenfassen darf. Die Toxinhypothese läfst sich auch nicht auf alle Unterabteilungen derselben anwenden. Sicher ist nur, dafs die dem Organismus einverleibten Stoffwechselprodukte von Tuberkelbacillen Hautsymptome hervorzurufen im stande sind. Solche brauchen gleichwohl nicht tuberkulösen Charakters zu sein; auch das gleichzeitige Befallensein Tuberkulöser mit Tuberkuliden beweist keineswegs deren spezifische Art, sondern nur die enorme Verbreitung der

Tuberkulose. Vielleicht darf man von einer besonderen Disposition der Haut reden. Im Lichen scrophulosorum fehlen nach RIEHL stets die Bacillen, Impfungen waren stets negativ. Die gefundenen Riesenzellen beweisen auch nichts. Der tuberkelähnliche Aufbau der Knötchen des Lichen scrophulosorum beruht auf Fremdkörperwirkung. DARIER zählt neben den obengenannten Dermatosen zu seinen Tuberkuliden u. a. noch: Acnitis, Folliclis-BARTHÉLEMY, Folliculitis exulcerans-LUKASIEWICZ, Hydradénites suppuratives (POLLITZER, DUBREUILH). Lupus erythémateuse disseminé-BOECK, Acne teleangiectodes-KAPOSI, Granulome innominé-TENNESON. Offen gelassen mit Wahrscheinlichkeit des Hierhergehörens ist die Frage für Pityriasis rubra-HEBRA, Ekzema scrophulosorum und MIBELLIS Angiokeratoma. Bezüglich des L. scrophulosorum und der Folliclis steht NEISSER auf dem Standpunkt, daſs sie durch die Keime der Tuberkulose verursacht seien. (PHILIPPSONS Bacillennachweise.) JADASSOHNS Ansichten über Tuberkulide finden die Leser der Monatshefte in Band XXXI. pag. 410 ff.

Die Debatte über **Lupusbehandlung** beginnt LANG-Wien, dessen Vortrag sich in Band XXXI, Heft 7 der Monatshefte ausführlich wiedergegeben vorfindet. NÉLATON-Paris findet, daſs, seitdem er LANGS radikal chirurgische Methode befolgt, sobald man nur weit genug im Gesunden arbeitet, die Erfolge bessere geworden sind. FINSENS Resultate mit seiner Lichttherapie sind nach seiner Angabe hochbefriedigende. Die Kur zieht sich durchschnittlich $4^1/_2$ Monate hin, bei täglich ein- oder zweimaliger Beleuchtung von 15—30 Minuten. In den zwei der Heilung folgenden Jahren machen sich noch zwei dreiwöchige Nachkuren notwendig. Von 553 bisher so Behandelten sind 362 als geheilt anzusehen. BROCQ erkennt FINSENS vortreffliche Resultate an, will aber fürs Land und die kleinen Städte Skarifikation und Kauterisation nicht missen. DUBREUILH betont, wie der Schleimhautlupus der Finsenbehandlung unzugänglich sei. SCHIFF und FREUND-Wien glauben, daſs die Radiographie mit ihren Erfolgen sehr gut neben der Beleuchtung nach FINSEN bestehen könne. Die Kosten des technischen Apparats und die Behandlungsdauer sind kleiner beziehentlich kürzer. EHLERS hebt die Schönheit des kosmetischen Effekts bei den von BANG für FINSEN vorgestellten und überhaupt FINSENS Kranken hervor, BESNIER findet bei ihnen mitten in den prachtvoll verheilten Fläche kleine neue Knötchen, für die er Galvanokauterisation vorschlägt. LANG bemerkt, daſs er die Rückbildung lupöser Herde bloſs durch Linsendruck beobachtet hat. BERTARELLI-Mailand hat den Einfluſs von Kalomeleinspritzungen auf Lupus studiert. Er ist negativ. Wo Erfolge vorlagen, bestand nicht Lupus, sondern Lues oder Mischformen beider Leiden. Nach DUBREUILH nimmt der Gesichtslupus fast immer seinen Ausgang von der Mucosa naris.

Über **Blastomyceten-Dermatitis** berichten STELWAGON-Philadelphia und JAMES NEVINS HYDE-Chicago. Der 49jährige Kranke STELWAGONS litt an einer Affektion des rechten Handrückens, die zur Fehldiagnose Tuberculosis verrucosa cutis geführt hatte. Genauere Beschreibung des Falles cf. Monatshefte XXXII. pag. 469. Auch HYDE betont die Schwierigkeit der Differentialdiagnose der beiden Prozesse. Doch sind folgende Merkmale beherzigenswert als Symptome für Dermatitis blastomycetica: Multiplizität der Läsionen, Prädilektion für das Gesicht, Erfolg der Jodkaliummedikation. Die definitive Heilung wird nur durch chirurgische Eingriffe erzielt.

Einen **Beitrag zur Klinik und Histologie des Arsenikkrebses** giebt ULLMANN-Wien. Er knüpft an einen Fall von Arsencarcinom an, das bei einer Frau von 37 Jahren auftrat. Wegen Akne und Blutarmut hatte dieselbe im Laufe von sechs Jahren 1 Pfund Solutio Fowleri zu sich genommen. Ausgesprochene Keratosis palmaris und plantaris, sowie frontis, daneben Hyperhidrosis. An der Stirn und an den Fersen entwickelten sich dann Cancroide. Histologisch unterscheidet sich der Arsenkrebs von dem Aufbau maligner Krebse keineswegs.

Den nächsten Gegenstand der Verhandlungen bildete das Thema: **Allgemeininfektion bei Tripper.** Solche kommen nach FINGER zu stande entweder durch Einwanderung von Gonokokken, durch Mischinfektion mit solchen, durch Sekundärinfektionen ohne Gonokokken oder durch Toxine. Letztere sind wahrscheinlich die ausschliefsliche Ursache blennorrhoischer Exantheme. Unter 61 Fällen von Allgemeininfektionen durch Tripper, wovon 46 Männer betrafen, war 46 mal die Urethra posterior erkrankt, was zu denken giebt. Nach TOMMASOLI-Palermo zieht der Gonococcus einen sauren Nährboden vor, bei Rheumatismus blennorrhoicus herrscht vielleicht im Organismus der Kranken eine saure Dyskrasie. Jedenfalls ist bei ihnen das Blut weniger alkalisch als in der Norm und weist nachweisbare Harnsäure auf. Die Wichtigkeit der Erkrankungen des hinteren Harnröhrenabschnitts für die Entstehung allgemeiner Infektionen hebt auch BALZER hervor. Nach JACQUET ist der Rheumatismus des Fersenbeins und der Achillessehne keine spezifische Tripperaffektion. Seine Häufigkeit beruht nur darauf, dafs die Kranken statt ihren lokomotorischen Apparat zu schonen ihn sehr lebhaft gebrauchen. NEUBERGER-Nürnberg hebt die Unzulässigkeit der bei latenten Entzündungen der Urethra angewendeten Provokationsmethoden hervor. (Siehe Monatshefte XXXI. pag. 204 und 231.) BEHREND - Berlin verwirft die Bier-Coitusprobe und alle Provokationsmethoden latenter Blennorrhoen, JADASSOHN ebenfalls und braucht nur die Bougie à boule neben dem Massator für Vorsteherdrüse und Samenbläschen. ALEXANDER RENAULT-Paris demonstriert einen von ihm neu konstruierten Spüldehner. Das Wesentliche bei demselben ist ein Auseinanderklaffen der Branchen des Tubus beim Rückwärtsziehen des Instruments. Während die Spülung vor sich geht, wird somit gleichzeitig ein Ausdrücken der Harnröhrendrüsen erzielt.

Das nächste Verhandlungsthema bildete die **Nachkommenschaft hereditär Syphilitischer.** Die Referate FINGERS und des jüngeren FOURNIER finden die Leser in den Monatsheften XXXI. pag. 45 und XXXII. pag. 374. Während HUTCHINSON die Vererbung der Lues bis in die dritte Generation für zweifelhaft hält, stellt sich TARNOWSKY auf den entgegengesetzten Standtpunkt. Der Einfluſs ist nach ihm allerdings ein weit geringerer als auf die zweite Generation — weniger Aborte, geringere Mortalität der Kinder, weniger hereditäre Merkmale und Dystrophien. Die Lues acquisita der ersten Generation überträgt sich auf die dritte keineswegs in der Form hereditär-syphilitischer Symptome. Auch die Immunität wird auf sie nicht übererbt. Die Kinder von hereditär-luetischen Eltern weisen keine Zeichen von Lues hereditaria auf, sondern andere Erscheinungen. Syphilitische Dystrophien der zweiten Nachkommenschaft werden nicht immer als solche auf das dritte Glied übertragen. Die Immunität im zweiten Glied reicht übrigens höchstens bis zur Pubertät. Dann kann neue Syphilisansteckung erfolgen. Man erhält dann eine binäre Syphilis. Letztere produziert oft atypische Manifestationen. Auf ihrem Einfluſs beruht meistenteils die hereditäre Lues der dritten Generation, wofern sie nicht durch Heiraten Hereditärsyphilitischer mit Personen, die an akquirierter Syphilis leiden, bedingt ist. Die binäre Lues wirkt auf die dritte Generation energischer als die einfache Syphilis der ersten auf das zweite Glied. Besonders nehmen dystrophische Manifestationen zu. Doch sind letztere durch nichts als spezifisch ererbt-syphilitische charakterisiert. Die anatomischen und funktionellen Dystrophien der zweiten und dritten Generation bilden den Hauptgrund der Entvölkerung solcher Familien. Die binäre Lues spielt besonders auf dem Lande eine groſse Rolle. JULLIEN hat seine Erfahrungen auf diesem Gebiete in einer ausgezeichneten Abhandlung niedergelegt: Ist schon die Lues hereditaria im Vergleich zu der enormen Häufigkeit der Syphilis eine seltene Erscheinung, so wird man mit Recht erwarten dürfen, dafs die Übertragung der Krank-

heit oder ihrer Spuren auf die dritte Generation zu den gröfsten Seltenheiten gehört. Gleichwohl besteht über die Möglichkeit der Vererbung in Form von syphilitischen Dystrophien auf das dritte Glied kein Zweifel. Zum Beweis dessen hat Jullien 98 eigene und fremde, ihm zur Verfügung gestellte Beobachtungen gesammelt. Sehr instruktiv unter denselben ist die folgende: Grofsvater akquiriert 1876 einen Schanker der Glans mit nachfolgender Roseola, Plaques muqueuses und Drüsenschwellung. Tod 1885 durch spezifische Gehirnerkrankung. Ungenügende Behandlung. Die Ehefrau soll ebenfalls syphilitisch geworden sein. 1878 wird dem Ehepaar eine Tochter geboren. Spätes Gehenlernen. Dystrophische Zähne, zurückgebliebenes Wachstum. Mit neun Jahren Auftreten von Sattelnase und Gummen der Beine. Im Laufe der Jahre acht Recidive von ulcerösen Gummen. Stets Abheilung unter Jodkalium. Über den Ehemann ist nichts bekannt. 1899 Geburt einer Tochter (Enkelin), die in der fünften Lebenswoche mit typischer Coryza, ausgesprochenen zerstreuten Erythemen und lentikulären Papeln der Stirn und der Nasenfalten erkrankte. Heilung durch Liquor Van Swieten. Hallopeau und Boeck teilen die Krankengeschichten ähnlicher Fälle mit. Barthélemy verweist auf die Ungleichheit in der hereditären Belastung verschiedener Kinder sowohl in der zweiten wie erst recht in der dritten Generation.

Über **Alopecia** referiert Lassar (siehe Monatshefte, Band XXXI. pag. 482/483). Er wendet sich gegen die neurogene Hypothese. Keinesfalls lasse sich damit eine Epidemie von Haarausfall erklären, wie sie so häufig zu beobachten ist. Pawlow-Petersburg vertritt, gestützt auf die Tierversuche von Mibelli, Moskalenko und Grégoviantz — Haarausfall en plaques nach Entfernung des Halsganglions — den entgegengesetzten Standpunkt. Lassars Hauptargument gegen die neurogene Entstehungstheorie werde hinfällig, sobald man Toxinwirkungen annehme. Sabouraud giebt einer vermittelnde Ansicht Ausdruck, ebenso Jacquet. Bald seien die Peladen parasitär (örtlich), bald nicht parasitär, nervös (allgemein). Jadassohn beobachtete 15 Fälle von Alopecia areata in einem Kindersaal, wobei alle 14 Kinder in den beiden Nachbarbetten des zuerst erkrankten Kindes gelegen hatten, wie sich später herausstellte. Hallopeau ist ein strenger Anhänger der parasitären Entstehungsart. Fournier senior verbreitet sich über eine im Verlauf der Lues zu beobachtende Pseudopelade, die ebenso von der vulgären Alopecia areata als von der Alopécie syphilitique en clairières zu differenzieren sei. Die Natur dieses Haarverlustes zu erkennen, wird der Zukunft überlassen werden müssen.

Von sonstigen wichtigeren Themen standen noch auf der Tagesordnung des Kongresses die Leukoplakien, die Behandlung der Syphilis, die Behandlung der Epitheliome, sowie Syphilis und begleitende Krankheiten.

Perrin-Marseille verweist auf die Wichtigkeit des Tabaks in der Anamnese der **Leukoplakien.** Neben ihm seien noch Gewürze, Alkohol, Zahndefekte, künstliche Gebisse, mangelhafte Mundpflege und Funktionen gewisser Gewerbe (Glasbläserei) als veranlassende Momente anzusprechen, stets müsse aber eine Disposition dazu vorliegen. Hier spiele die Lues die erste Rolle, die zweite vielleicht hereditäre Einflüsse. Gegenüber Sigmund, Kaposi und Baumès trennte Fournier die gewöhnliche Leukoplakie wieder von der Syphilis ab. Lues und Tabak kombiniert sind die Hauptursache des Leidens. Jede Leukoplakie kann benign oder malign entarten. Perrin betrachtet das Karcinom geradezu als Endstadium der Leukoplakie, welcher Ansicht auch Fournier und Besnier zuneigen. Er selbst sah bei 132 Fällen von Leukoplakie, 38mal bösartige Geschwülste entstehen. Fournier in 30%. Der Umstand, ob luetisch oder nicht, hat scheinbar auf die karcinomatöse Weiterentwickelung einer Leukoplakie keinen Einfluss. Meistens entarten die Formen mit horniger, dicker Schleimhaut am ehesten. Prophylaktisch kann man nur durch Operation, durch Entfernung

der Leukoplakie wirken. Solche mit luetischem Charakter werden durch spezifische Erscheinungen günstig beeinflufst. Jambaco-Pascha-Konstantinopel kann weder das Rauchen für Leukoplakien verantwortlich machen, noch kann er die Häufigkeit der bösartigen Umbildung der Leukoplakien bestätigen. Vielleicht ist der orientalische Tabak weniger schärfer als der westländische. Nach Balzer und Gaucher sind die Leukoplakien parasyphilitische Manifestationen. Nach Barthélemy und Jacquet-Berlin liegen denselben stets leichte, ungenügende behandelte Fälle von Lues zu Grunde. Fournier konstatierte bei 68 von 88 Beobachtungen Lues in der Anamnese und sah von Kalomel und Oleum cinereum gute Erfolge. Die cancröse Entartung hält er dagegen für eine Ausnahme.

Betreffs **Behandlung der Syphilis** weist Justus-Budapest nach, dafs das Quecksilber durch den Blutstrom bis zur syphilitischen Efflorescenz getragen wird, die Wand der Blutgefäfse durchdringt, durch dieselbe in die Zellen der syphilitischen Neubildung (Plasmazellen) gelangt und sich hier mit den Eiweifsstoffen verbindet. Die Merkuralbuminate gelangen in die Lymphwege und lösen sich wahrscheinlich in den organischen Säften. Glück-Serajevo verwendet bei ulcerösen Syphilisformen Jodkaliumbäder und -Umschläge. Zu einem Vollbad benötigt man 259, zu einem Teilbad 109 Jodkalium. Temperatur 26—28° R. Dauer des Bades 1 Stunde. Zu Umschlägen genügt 5%ige Jodkaliumlösung. Petrini de Galatz-Bukarest hat ausgedehnte Untersuchungen mit Hammelblutserum vorgenommen. Seine Schlüsse lauten folgendermafsen: Bei anämischen und nervösen Personen sind die Einspritzungen von in Hammelblutserum gelöstem Sublimat für empfehlenswerter als die bei schweren syphilitischen Erscheinungen ganz wirksam wässerigen Sublimat- und Kalomelinjektionen. Für Prostituierte sollten die Sublimateinspritzungen die einzig anzuwendende Therapie sein. Die Suspensionen des Kalomel in Aqua destillata mufs neuerdings die in Öl oder Vaseline verdrängen. Dasselbe gilt für das Merkursalicylat.

Die Abhandlung über **Cancroidtherapie** bringt nichts Neues, ebensowenig die Debatte über Syphilis und vergesellschaftete Leiden. *Hopf-Dresden.*

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

1901. Band 57, Heft 1 u. 2.

I. **Über Jododerma tuberosum fungoides**, von O. Rosenthal-Berlin. Unter den Jodexanthemen ist die durch Jod hervorgerufene geschwulstartige Form die seltenste. Sie figuriert in der Litteratur unter den verschiedensten Bezeichnungen. Am häufigsten ist sie als anthracoide Acne oder Tumorbildung beschrieben worden. Verfasser teilt aus seiner Praxis einen exquisiten, genau beobachteten Fall dieser Art mit.

Es handelt sich um eine 29jährige Blumenarbeiterin, die seit langer Zeit an Asthma bronchiale leidet und in den letzten Jahren ausschliefslich mit Jodkalium behandelt worden ist. Im Januar 1899 liefs sich die Patientin in die Klinik des Verfassers aufnehmen, nachdem sich seit 14 Tagen mehrere entstellende Geschwülste im Gesicht entwickelt hatten. Am stärksten war die linke Gesichtshälfte und der Nasenrücken befallen. Die Farbe der Tumoren war bräunlich, ihre Konsistenz derb

schwammig. Als mit der Jodmedikation aufgehört wurde, trockneten die Tumoren an der Oberfläche ein und bildeten gröfsere bräunliche Borken. Nach vierwöchentlichem Aufenthalte in der Klinik konnte die Patientin entlassen werden. Gröfstenteils waren die Stellen, an denen die Geschwülste ihren Sitz gehabt hatten, hellbräunlich pigmentiert. — Als die asthmatischen Beschwerden der Patientin sich verschlimmerten, nahm sie einen Efslöffel Jodnatrium (10 : 200). Sofort entwickelten sich neue Knoten, so dafs, da für die Annahme einer Syphilis keinerlei Anhaltspunkte vorhanden waren, nur in dem Jodgebrauch die Ursache der Geschwulstbildung zu suchen ist.

Der Verfasser teilt im folgenden das Resultat der histologischen Untersuchung eines excidierten Knotens mit.

Aus den anatomischen Befunden geht hervor, dafs es sich bei dem Jododerma um eine entzündliche, im Corium, und zwar im mittleren Derma gelegene Granulationsgeschwulst handelt, welche mit Hyper- und Parakeratose einhergeht und grofse Tendenz zur regressiven Metamorphose zeigt. Auffallend war in dem histologischen Bilde, worauf schon Unna hingewiesen hat, der enorme Reichtum der verschiedensten Bakterien, am reichlichsten waren Staphylokokken, dann Diplokokken, viel seltener Streptokokken. An einzelnen Stellen, namentlich in den Ausführungsgängen der Talgdrüsen war der Mikrobacillus seborrhoicus (Sabouraud) alias Acnebacillus (Unna) fast in Reinkultur zu sehen. Die Bakterien lagen in den tieferen Schichten des Stratum corneum.

Was die Ätiologie dieser eigenartigen Form des Jodexanthems betrifft, so möchte Verfasser neben der Theorie der Reizung des vasomotorischen Nervenapparates durch das Jod als eine zweite Noxe die Anwesenheit der Bakterien heranziehen, welche vielleicht durch Änderung ihrer biologischen Eigenschaften infolge von Einwirkung von Jod das Jododerma „tuberosum fungoides“ zu erzeugen im stande sind.

Hinsichtlich der Nomenklatur möchte Verfasser diese Bezeichnung als prägnanter und geeigneter an Stelle des Jododerma „anthracoides“ gesetzt sehen.

II. **Die Aktion des Quecksilbers auf das syphilitische Gewebe, ein Versuch zur Lösung der Frage nach dem Wesen der spezifischen Therapie,** von J. Justus-Budapest. Boërhaave war der erste, welcher die spezifische Wirksamkeit des Quecksilbers gegen die Syphilis als eine rein mechanische erklärte. Nach ihm dringen die Kügelchen des regulinischen Metalls in die Blutgefäfse und entfalten im Blute ihren deletären Einfluſs auf das Virus der Syphilis. Thatsächliches aber über die Art der Einwirkung des Quecksilbers auf den syphilitischen Prozefs war bisher nicht bekannt.

Verfasser hat an der Hand der ausgezeichneten Beschreibung, welche Unna in seiner Histopathologie von der syphilitischen Papel giebt, versucht, mit dem Mikroskop zu verfolgen, wie die Quecksilbertherapie auf die einzelnen Zellen- und Gewebsbestandteile, aus welchen die Efflorescenz zusammengesetzt ist, einwirkt, beziehungsweise wie der regressive Prozefs unter der Einwirkung des Quecksilbers vor sich geht. Als Material für seine Untersuchungen dienten ihm von 60 Patienten excidierte, in verschiedenen Phasen der Rückbildung begriffene Papeln, resp. Condylome.

In der ersten Serie der Präparate konnte man ein Abnehmen und Schwinden der zelligen Infiltration konstatieren. Die Frage, wie dies zu stande kommt, wurde in einer zweiten und dritten Serie untersucht. Es zeigte sich nun, dafs der dominierende Bestandteil des Infiltrats, die Plasmazellen, verschwunden sind, und zwar in der Weise, dafs die in denselben enthaltenen, mit polychromem Methylenblau gefärbten Körner aus denselben austraten, in die Lymphspalten gerieten und in denselben weiter getragen wurden. Aus der so entleerten Zelle wird mit allmählichem Übergange zuerst eine geflügelte Zelle und weiter eine dünne, mit langem Kern versehene Binde-

gewebszelle. An den Peri- und Endothelzellen der Gefäfse ist Ähnliches zu beobachten, dieselben werden heller und kleiner, bis sie ihren normalen Umfang zurückgewonnen haben."

Nunmehr war durch sichere Methoden nachzuweisen, dafs das Quecksilber wirklich in diese Zellen hineingelangt, und die eben beschriebenen Veränderungen thatsächlich unter seiner Wirkung zu stande kommen.

In der Voraussetzung, dafs, wenn das Quecksilber in dem Gewebe selbst enthalten, es in der Form eines Quecksilberalbuminats vorhanden sei, unternahm es Verfasser, das vermutliche Quecksilberalbuminat derart zu zersetzen, dafs durch diesen Prozefs die Struktur des Gewebes entweder gar nicht oder nur in geringem Mafse leide, und versuchte das in den Zellen enthaltene Quecksilber in den Zellen selbst nachzuweisen. Die Lokalisation würde dann als Beweis für die Funktion des Quecksilbers bei der Rückwirkung der syphilitischen Efflorescenz dienen können.

Zunächst wurde in einer künstlich bereiteten Quecksilberalbuminatlösung durch Zinkchlorid eine Fällung bewirkt und dann Schwefelwasserstoffgas hindurchgeleitet. Es bildete sich ein dicker, weifser Niederschlag, der unter dem Mikroskop zahlreiche braunschwarze Körnchen und Schollen erkennen liefs, die aus Quecksilbersulfid bestanden. Demnach war es möglich, in der Eprouvette durch Zink das Quecksilber aus der Eiweifsverbindung zu verdrängen und dem Nachweis mittelst Schwefelhydrogens zugänglich zu machen. Nunmehr ging Verfasser zum Nachweis des Quecksilbers im Gewebe über. Die Methode war folgende: Das excidierte Hautstückchen wurde in ziemlich konzentrierte Zinkchloridlösung geworfen, einige Tage darin belassen und nachher in Schwefelwasserstoffwasser geworfen, durch welches mehrere Stunden lang das H_2S geleitet wurde. Hierauf stufenweise stärker werdender Alkohol, Einbettung, Mikrotom. Das ganze Hautstückchen erschien schon makroskopisch braunschwarz, mikroskopisch konnte man das Quecksilbersulfid nicht nur in den Gewebespalten wahrnehmen, sondern dasselbe war auch in den Zellen, und zwar in den Plasmazellen, in den Gefäfswandungen und Epithelzellen enthalten. Diese schwarzbraune Einlagerung war durch Salpetersäure auch bei längerer, bis 24stündiger Einwirkung nicht auslösbar. Es war demzufolge gewifs, dafs das Quecksilber in den syphilitischen Efflorescenzen gegenwärtig ist und auf die Heilung derselben einen lokalen Einfluls ausübt. Auf welche Weise diese Heilung zu stande kommt, wie überhaupt den ganzen Vorgang erklärt Verfasser sich folgendermafsen:

Das Quecksilber gelangt mit dem Blutstrome zur syphilitischen Efflorescenz, und zwar zuerst in das Endothel der Blutgefäfse und dann durch dasselbe in die Zellen der syphilitischen Neubildung, so auch in die Plasmazellen, auf welche es in der Weise einwirkt, dafs es mit Teilchen derselben eine Verbindung eingeht, die für das weitere Leben der Zelle unbrauchbar geworden ist. Die so gebildeten Quecksilberalbuminate lösen sich in den Gewebssäften auf, werden aus den Zellen eliminiert und gelangen in die Lymphwege. Nach Entleerung des Inhalts wird die gröfsere Zahl der Plasmazellen zu einfachen Bindegewebszellen zurückgebildet. Ähnliche Veränderungen macht auch das Endothel durch. Allmählich nehmen auch die erweiterten Blutgefäfse, welche bisher die syphilitische Efflorescenz von der Subcutis her mit Blut versorgt haben, an Zahl ab.

Das Quecksilbersulfid hat Verfasser in den aus der Plasmazelle ausgetretenen Krümchen und Schollen und in der Wand der Kapillaren und kleineren Arterien nachgewiesen. Er konnte auch in den Schnitten mit HgS-Nachweis demonstrieren, dafs gerade diejenigen Zellen, an welchen die Erscheinungen der Involution am besten ausgesprochen sind, auch das meiste HgS enthalten. Er konnte weiter gut verfolgen, dafs eben diese Zellen aus den Gefäfsen das mit dem Blute dahin gelangte Queck-

silber aufnehmen, und daſs die Schollen und Krümchen aus ihnen mit Quecksilber beladen in die Lymphspalten gelangen, um so entweder resorbiert, oder aber gegen die Oberfläche der Haut zu ausgeschieden zu werden.

III. **Beitrag zur Klinik und pathologischen Anatomie der Pityriasis rubra HEBRA**, von KOPYTOWSKI und WIELOWIEYSKI-Warschau. Die Verfasser teilen ausführlich die Krankengeschichte eines letal verlaufenen Falles bei einem 65jährigen Manne mit, dem sowohl bei Lebzeiten wie post mortem Hautstückchen zum Zwecke der histologischen Untersuchung excidiert worden sind. Die pathologisch-anatomischen Befunde werden eingehend erörtert und die Ergebnisse folgendermaſsen zusammengefaſst: „Die Gegenwart von Riesenzellen, epithelioiden und Pigmentzellen, sowie Kokken (Diplokokken) in der intravital entnommenen Rückenhaut, sowie post mortem untersuchten Kopfhaut, Achselhöhlenhaut und in den Lymphdrüsen berechtigt zur Annahme eines neuen Infektionskeimes. Eine Infektion mit Tuberkulose konnte mit Sicherheit ausgeschlossen werden.

Die Kulturen aus dem Parenchym der Haut dreier Körpergegenden ergaben ein gleiches Resultat: Reinkulturen von Diplokokken, welche zuweilen zu vier gruppiert waren. Der gefundene, mit polychromem Methylenblau färbbare Parasit ist in unmittelbaren Zusammenhang mit der Pathogenese der Pityriasis rubra zu bringen. Er ruft in den oberflächlichen Hautschichten, aber zum Teil auch in den tieferen, um die Schweiſsdrüsen und Haarbälge eine Herdentzündung hervor, deren Produkte den entzündlichen Granulomen analog sind. Der Reiz bewirkt im Gewebe ein Auftreten von meist einkernigen Leukocyten; zugleich vergröſsern und vermehren sich die fixen Bindegewebszellen; allmählich entstehen epithelioide und Riesenzellen. In den entzündlichen Herden entstehen Gefäſse, aber ihr Endothel quillt auf, das Lumen wird infolgedessen partiell verengt, zum Teil durch den Druck des veränderten Nachbargewebes. Die Entzündungsherde bleiben nur in den Anfangsstadien der Krankheit isoliert; später wird die Entzündung in der Haut mehr diffus.

Den primären Veränderungen in dem Bindegewebe in den Gefäſsen der Haut folgen sekundäre Alterationen ihrer epithelioiden Elemente, welche in Atrophie der Talgdrüsen und Haarbälge übergehen. Mit der Zeit gehen die entzündlichen Herde in der Haut in faseriges Bindegewebe über, was zu einer Atrophie der Papillen, zur allgemeinen Verdünnung der Haut, zumal ihres Epithels führt (Atrophia fibrosa cutis). Es ist dies das letzte Stadium der Krankheit."

IV. **Über zwei weitere Leprafälle in Dalmatien**, von LEOPOLD GLÜCK-Serajevo. Der Verfasser beschreibt zwei Fälle von Lepra bei Eingeborenen in Dalmatien. Der erste, welcher eine 38jährige, ledige Patientin betraf und letal verlief, war ein Fall Lepra tubero-anaesthetica; der zweite, einen 31jährigen Landmann betreffende Fall zeigte Lepra anaesthetica. Von Interesse in ätiologischer Beziehung ist im letzten Fall die Angabe des Patienten, daſs sich ihm vor vier Jahren, als er durch einen Morast watete, ein Blutegel an der Ferse festsetzte, sich voll saugte und abfiel. Erst zu Hause bemerkte der Kranke, daſs er aus einer kleinen dreieckigen Wunde blutete. Seitdem stellte sich Gefühllosigkeit in den Beinen ein, die immer höher stieg, die Oberschenkel und schlieſslich auch die Hände ergriff.

Verfasser fügt den ausführlichen Krankengeschichten einige historische Bemerkungen bei, welche sich auf die Abwehrmaſsregeln des Rates von Ragusa aus dem Jahre 1306 gegen die Lepra und auf die Isolierung der Kranken in Leproserien beziehen.

V. **Über Jodkalium (Jodnatrium) Jodalbacid und Jodipin**, von E. WELANDER-Stockholm. Die Untersuchungen des Verfassers haben hinsichtlich des Jodkaliums ergeben, daſs bei Einführung desselben per os eine sehr schnelle Absorption von Jod

stattfindet, daſs dieses aber auch sehr schnell eliminiert wird, und selbst bei Einnahme ziemlich groſser Dosen schon nach einem Tage beinahe ganz aus dem Blute verschwunden, nach 28 Stunden nur noch durch eine sorgfältige chemische Analyse in äuſserst geringer Menge und nach 48 Stunden gar nicht mehr nachweisbar ist. Dies erklärt die oft rasch eintretende therapeutische Wirkung des Jodkaliums, welche aber schnell aufhört, wenn die Einführung des Mittels in den Organismus abgebrochen wird.

Ein Mittel, daſs das Jodkalium ersetzen soll, muſs, wie dieses, schnell und kräftig absorbiert, aber nicht so rasch aus dem Organismus eliminiert werden, und überdies in geringerem Maſse, als das Jodkalium von Jodnebenwirkungen begleitet sein.

Das Jodalbacid besitzt nach den Untersuchungen des Verfassers diese Vorzüge vor dem Jodkalium nicht. Es enthält nur 10% gegenüber 76,5% Jod beim Jodkalium und kommt ihm, selbst in groſsen Dosen verabreicht, in der therapeutischen Wirkung auch nicht annähernd gleich.

Was das Jodipin betrifft, so gilt von ihm zum Teil dasselbe, was vom Jodalbacid gesagt ist. Auch beim Jodipin „sind wir in keiner Weise im stande, Jod im Organismus so schnell und in so groſser Menge absorbiert zu erhalten und mit diesen Mitteln ein so schnelles und so kräftiges therapeutisches Ergebnis zu erzielen, wie beim Jodkalium, mag es per os oder per anum in den Organismus gebracht werden."

Das Jodipin subkutan gegeben, wird nicht besonders schnell absorbiert und nur in geringer Menge im Blute vorgefunden, es remaniert aber lange im Organismus, weshalb es dem Verfasser „mehr für die Anwendung in prophylaktischer, als in therapeutischer Hinsicht geeignet" zu sein scheint. Zwar steht der Beweis dafür noch aus, aber es ist möglich, daſs das remanierende Jodipin vor Rezidiven schützen kann.

Verfasser verkennt auch nicht, daſs es bei gewissen Syphilitikern Zustände geben kann, bei denen Jodkalium eine lebensgefährliche Verschlimmerung herbeiführen würde. In solchen Fällen werden Jodipineinspritzungen mit groſsem Nutzen angewendet werden können.

Was die Nebenwirkungen des Jods betrifft, so haben die darauf gerichteten Untersuchungen des Verfassers ergeben, daſs das Jodipin bei innerlicher Anwendung dieselben Joderscheinungen, wie das Jodkalium zeige, eingespritzt dagegen keine oder nur unbedeutende Nebenwirkungen des Jods zur Folge habe. Leider lasse sich aber, wie bereits bemerkt, mit diesen Einspritzungen kein hinreichend schneller und kräftiger therapeutischer Effekt erzielen. Andererseits erinnert Verfasser daran, wie manche Joderscheinungen auch beim Jodkalium vermieden werden könnten, wenn dasselbe per anum eingespritzt werde. Er beschreibt Fälle, bei denen unter dieser Behandlungsmethode eine äuſserst schnelle und kräftige Absorption des Jods stattgefunden habe, und ein rascher und groſser therapeutischer Erfolg erzielt worden sei. Der Verfasser spritzt täglich 2—5 mal 2 g Jodkalium pro dosi in 25 bis 30 g Wasser ein, was in der Regel keine Reizung im Mastdarm hervorruft und „auch nicht wie ein Klystier wirkt."

VI. **Über den Nachweis von Jod bei Anwendung organischer und anorganischer Jodverbindungen**, von A. Blomquist-Stockholm. Verfasser hat auf Veranlassung von Prof. Welander diesbezügliche Untersuchungen angestellt und teilt uns ausführlich das Verfahren mit. Um auch approximativ die in gewissen Lösungen enthaltenen Jodmengen abschätzen zu können, hat er folgende Farbenskala aufgestellt: Nach derselben findet man

1. „schwache rosenrote Farbe bei weniger als 1 Teil KJ. auf 220000 Aqua.
2. rosenrote Farbe bei 1 Teil KJ. auf 220000 Aqua.

3. rotviolette Farbe, sich 1—2 Minuten erhaltend, bei 1 Teil KJ. auf 175000 und 160000 Aqua.
4. rotviolette Farbe, sich 3—4 Minuten erhaltend, bei 1 Teil KJ. auf 150000, 130000, 120000 Aqua.
5. blauviolette Farbe, sich 1—2 Minuten erhaltend, dann in das Rotviolette übergehend, bei 1 Teil KJ. auf 120000, 100000 Aqua.
6. Blaufärbung, schwachen Niederschlag von Jodstärke bei 1 Teil KJ. auf 90000, 75000 Aqua.
7. Blaufärbung, ziemlich starken Niederschlag bei 1 Teil KJ. auf 60000, 50000 Aqua.
8. Blaufärbung, starken Niederschlag bei 1 Teil KJ. auf 40000, 30000 Aqua.
9. Blaufärbung, sich mehrere Tage erhaltend, bei 1 Teil KJ. auf 25000, 20000 Aqua.
10. Blaufärbung, sehr stark bei 1 Teil KJ. auf 15000, 10000 Aqua.
11. Blaufärbung, grützförmig bei 1 Teil KJ. auf 8000, 7000, 6000 Aqua.
12. Blaufärbung, sehr dick bei 1 Teil KJ. auf 5000, 4000 Aqua.

Die Farbenskala ist so aufzufassen, dafs das Jod in 50 g Harn, Blut u. s. w. nach der Überführung in Jodstärke eine Färbung gegeben hat, die derjenigen von einer gleich grofsen Menge Jodkaliumlösung z. B. von 2 ccm einer Jodkaliumlösung 1 + 100000 entspricht."

VII. **Das Jodipin (Merk) in der Syphilistherapie**, von Carl Grouven-Bonn. Unter 23 an der Bonner Klinik mit Jodipin behandelten Luetikern wurden bei vier innerlichen Gaben von 10%igem Jodipin, bei 18 Injektionen 25%igen Jodipins angewandt. Einer erhielt anfangs Injektionen, später innerlich 10%iges Jodipin. Der etwas ölige Geschmack des Mittels kann durch Cognac, Kaffee, Schwarzbrot korrigiert werden. Die innerlich behandelten Patienten erhielten gewöhnlich dreimal täglich 1 Theelöffel 10%iges Jodipin.

Zu den Injektionen wurde eine 10 ccm haltende Injektionsspritze mit dicker Kanüle verwandt, als Injektionsstelle die Interskapulargegend gewählt. In der Regel wurden täglich 10 ccm des 25%igen Präparats injiziert. Ein Patient erhielt jeden zweiten Tag 20 ccm 25% Jodipin. Die Zahl der Injektionen schwankte zwischen 5—25. Vorheriges Anwärmen des Jodipins erleichterte etwas die Injektionstechnik. Weder bei der internen noch bei der subkutanen Jodipinanwendung wurden auch nur leichteste Grade von Jodismus beobachtet (s. Welanders Artikel S. 393).

In therapeutischer Beziehung mufs Verfasser die erzielten Resultate als sehr zufriedenstellende bezeichnen. Variationen in der Schnelligkeit des Eintretens und Fortschreitens der Besserung begegnet man bei Jodkaliumdarreichung sicherlich ebenso oft, als bei der Jodipinmedikation.

Verfasser findet in der protrahierten Jodausscheidung nach Jodipininjektionen eine Erklärung für die hervorragende Heilwirkung dieser Methode der Jodeinverleibung.

VII. **Zur Jodipininjektionsbehandlung**, von Magnus Möller-Stockholm. Verfasser hat seit März 1900 bei einigen 20 Fällen von tertiärer Syphilis Versuche mit dem sehr theueren Jodipin angestellt. Ebenso wie andere Autoren konnte auch er konstatieren, dafs Jod nach Jodipineinspritzung später als nach Jodkaliumgebrauch im Harn anzutreffen ist. Er sieht in der langsamen Verarbeitung und Abscheidung des Jods einen Nachteil für solche Fälle, bei denen man mit der Jodmethode eine schnelle und kräftige therapeutische Wirkung erzielen will. Die vom Verfasser beschriebenen Fälle lassen sich hinsichtlich des durch die Jodipinbehandlung erreichten Erfolges in zwei Gruppen teilen:

1. Patienten mit tertiären Syphiliden, welche unter ausschliefslicher Jodipininjektionsbehandlung heilten; 2. Patienten mit tertiären Syphiliden, welche durch diese Behandlung zwar günstig beeinflufst wurden, aber erst bei Jodkaliumeinnahme zur Heilung gebracht werden konnten.

Verfasser hält das Problem eines Ersatzes des Jodkaliums durch Jodinjektionen für noch nicht gelöst, wenngleich man diesem Ziele durch das neue Mittel vielleicht schon näher gerückt sei. Vielleicht wird die Jodipin-Injektionsmethode wegen der langen Remanenz des Jods im Organismus bei der intermittent-präventiven Syphilisbehandlung Bedeutung erhalten.

IX. **Über Geschwülste bei Xeroderma pigmentosum-KAPOSI, als Beitrag zur Kenntnis des Medullarkrebses der Haut,** von KARL KREIBICH-Wien. Den Untersuchungen des Verfassers liegen drei in Prof. KAPOSIS Klinik während der letzten zwei Jahre behandelte Fälle von Xeroderma pigmentosum zu Grunde. Einem derselben waren 15—20 Tumoren des Gesichts und 2 Tumoren der Zunge abgetragen worden. Ihrem histologischen Aufbau nach war die gröfste Zahl derselben Carcinome, die sich durch eine relative Benignität auszeichneten; denn sie bestanden teilweise Jahre hindurch, einige scheinen spontan verschwunden zu sein, andere, namentlich die kleineren konnten nach Excochleation mit dem scharfen Löffel oder nach Ätzung mit dem Lapisstifte leicht entfernt werden, worauf meistens Heilung mit glatter, rezidivfreier Narbe erfolgte. Auch taubeneigrofse, breit aufsitzende Tumoren liefsen sich einfach durch die Excochleation in Narkose beseitigen. Darin gleichen die Geschwülste bei Xeroderma pigmentosum den flachen Epithelionen der Haut. Ebenso wie jene unterscheiden sich diese von den meisten anderen Carcinomen durch das Fehlen eines tieferen Umsichgreifens und durch das Fehlen von Metastasen. Deshalb ist auch die Bezeichnung „benigne" berechtigt.

Dem in vieler Beziehung ähnlichen klinischen Verhalten entspricht auch ein ähnlicher histologischer Bau. Wie beim Ulcus rodens findet man auch beim Xeroderma-Carcinom „jene Veränderung des Zellcharakters, welche die Epithelzelle beim Übergange in die Geschwulstzelle eingeht. Die Geschwulstzelle nimmt Spindelform an, ihr Protoplasma ist äufserst gering, ihr intensiv färbbarer Kern länglich. Auch hier findet man die scharfe Trennung der Keimblätter, die Geschwulstläppchen entweder durch Lücken vom Stroma getrennt oder durch deutliche, pallisadenartig angeordnete Cylinderzellen nach aufsen begrenzt."

Weitere Untersuchungen haben ergeben, dafs unter den flachen Hautkrebsen nicht das Cancroid (= Harnkrebs) der typische und häufigste Hautkrebs ist, sondern jenes oben beschriebene Epitheliom, bei welchem die zur Geschwulstzelle gewordene Epithelzelle in ihrem regressivem Prozesse nicht verhornt, sondern fettig degeneriert und nekrotisiert; d. h. der flache Hautkrebs ist in den meisten Fällen mit Rücksicht auf die Beschaffenheit des Krebsparenchyms im Sinne HANSEMANNS ein medullares Carcinom. Medullarkrebs und Cancroid sind die beiden typischen histologischen Bilder, unter denen das flache Epitheliom vorwiegend erscheint; und es wäre zweckmäfsiger, die Carcinome der Haut nach ihrer epithelialen Histogenese einzuteilen, als den Einfluss des Stromas auf die epitheliale Wucherung als Einteilungsprinzip zu benutzen. Es würden sonst Carcinome eines und desselben Typus oder von gleichem Epithelcharakter aber mit verschiedenem durch das Stroma bedingten Varianten als besondere Formen figurieren. UNNAS „einfach maligne" Krebse stellen rein den erwähnten medullaren Typus dar; bei lockerem Stroma erreichen die Geschwulstläppchen eine deutliche Gröfse, das Gegenteil tritt jedoch ein, wenn ein äufserst dichter Mantel fibrösen Stromas diese Läppchen komprimiert. Die weichen Zellen werden zu dünnen Spindelzellen, die Läppchen zu langen, seesternartigen und spitzwinkligen

Formen ausgezogen. Viel deutlicher tritt der Einfluſs des Stromas auf die Form der Geschwülste beim Xeroderma pigmentosum zu Tage, während die Beschaffenheit des Stromas wieder eine Folge der veränderten Zirkulationsverhältnisse der Xerodermahaut sein dürfte.

Verfasser erörtert eingehend die Behandlung des flachen Hautkrebses, für welche er an Stelle der Exstirpation, die Excochleation unter Lokalanästhesie vorgenommen empfiehlt, namentlich wenn die Carcinome einen gröſseren Umfang erreicht haben.

X. **Über Lichen ruber monileformis (KAPOSI)**, von J. BUKOVSKY-Prag. Der Verfasser beschreibt ausführlich einen Fall, der eine 24jährige, unverheiratete Person betraf. Nach den Angaben der Patientin begann die Affektion vor zwei Jahren an der Beugeseite beider Vorderarme mit flachen, wenig hervorragenden, isolierten, lichtrot gefärbten, etwas Brennen verursachenden Knötchen, die monatelang stationär blieben, um dann auffallend rasch sich über Gesicht, Rumpf und untere Extremitäten zu verbreiten. Erst kurz vor dem Eintritt in die Klinik empfand die Patientin intensives Jucken. Sie wagte sich jedoch nicht zu kratzen, weil die Efflorescenzen leicht bluteten.

Der Ausschlag läſst an den befallenen Stellen eine gewisse Symmetrie nicht verkennen. Im Gesicht sind Oberlippe, Nasenrücken und Nasenspitze, der obere Teil der Wangen und beide Supraorbitalgegenden mehr oder weniger dicht besät von harten, runden oder konischen, hanfkorngroſsen, blaſsroten Knötchen, von denen die kleinsten mit einer dünnen Hornplatte, die gröſseren mit gelblichweiſsen, durchscheinenden, festhaftenden Schüppchen bedeckt sind. Bei Entfernung derselben tritt der leicht blutende Papillarkörper zu Tage. Die Efflorescenzen sind teilweise unregelmäſsig zerstreut und isoliert, teilweise zu Gruppen konfluiert, die gewöhnlich von einer groſsen, harten Schuppe bedeckt sind. Am auffallendsten ist die symmetrische Anordnung an den oberen Extremitäten, wo die Efflorescenzen zu parallel verlaufenden Streifen vereinigt sind. Entfernt man die den Streifen fest aufliegende Hornhaut, so erscheinen durch einzelne Grübchen charakterisiert die Abdrücke der Hornkegel, die ursprünglichen Efflorescenzen und Elemente auf denen der Streifen entstand.

Verfasser beschreibt mit minutiösester Genauigkeit die Verhältnisse an anderen Körperteilen, die vielfach ein ähnliches Krankheitsbild zeigten.

Die Behandlung der Patientin bestand in innerlichen Gaben von Solutio Fowleri, in äuſseren Applikationen von indifferenten Salben, LASSARscher Paste ohne oder mit Ichthyol, HEBRAscher Salbe und Bädern. Der Erfolg war kein besonders zufriedenstellender. Zum Zwecke der mikroskopischen Untersuchung wurde eine isoliert stehende Efflorescenz und ein Stückchen Streifen vom Vorderarme excidiert.

Die Befunde werden ausführlich mitgeteilt. Aus denselben geht hervor, daſs es sich bei der Affektion um eine Entzündung der Haut handelt, deren erster Ursprung tief in den Venen des Coriums zu suchen ist. Die Arterien zeigen sich gröſstenteils intakt, während in allen Knötchen die Venen ergriffen erscheinen. Man findet an ihnen variköse Erweiterungen, die im weiteren Verlaufe zu einer venösen Stase und damit zu einer anfangs gesteigerten Ernährung der Epidermis führt. Vielleicht erklärt dies auch die Hyperkeratose. Ist das Knötchen bereits entwickelt, so tritt eine diffuse Infiltration der Papillar- und Subpapillarschicht hinzu.

Was die Lokalisation der Knötchen betrifft, so herrscht die Ansicht vor, daſs die Efflorescenzen des Lichen acuminatus sich um den Haarbalg oder im Haarbalg lokalisieren, oder um den Ausführungsgang der Schweiſsdrüse herum entwickeln. Verfasser fand jedoch in Übereinstimmung mit KÖBNERS Befunden, daſs die Lokalisation im Haarbalg und in dem Schweiſsdrüsengange eine rein zufällige ist und mit dem Prozesse direkt nichts zu thun hat. Weder in den Haarwurzeln noch in den Schweiſs-

drüsen konnten entzündliche Veränderungen nachgewiesen werden. Mehr Klarheit in die Ätiologie der Affektion zu bringen, bot der vorliegende Fall keine Gelegenheit, wie er auch nicht geeignet war, die neurotische Theorie des Lichen ruber acuminatus zu stützen.

XI. **Zur Histologie der Pellagrahaut**, von E. Vollmer-Kreuznach. In einer früheren Arbeit hat Verfasser über das Wesen, die Ätiologie und die klinischen Erscheinungen der Pellagra geschrieben. Die Krankheit verdankt einer Intoxikation durch verdorbenen Mais und einer gleichzeitigen Einwirkung von zu grofser strahlender Wärme im Frühling und im Sommer ihren Ursprung. Die Pellagra zeigt mannigfache Analogie mit dem „Fagopyrismus," dem „Buchweizenausschlage" mancher Hausthiere. Auch hier entsteht durch Aufnahme von Buchweizen unter Einwirkung des Sonnenlichtes ein Ausschlag, der als reines Erythem verlaufen, aber auch zu vesikulöser, bullöser, phlegmonöser, erysipelatöser, ja selbst gangränescierender Dermatitis führen kann.

Verfasser hatte Gelegenheit, ein ihm von Prof. Tuczek in Marburg zur Verfügung gestelltes Stückchen Pellagrahaut histologisch zu untersuchen.

Als wesentlichste Befunde beschreibt er eine blasenartige Abhebung des Stratum corneum vom Rete Malpighi, mit dem jedoch zusammenhaltende und zusammenhängende Zellen des Stratum lucidum noch die Verbindung unterhalten, in den höheren Zelllagen des Rete verschieden grofse Hohlräume zwischen absterbenden Zellen entstehend und von diesen fest umschlossen; an der Grenze zwischen Cutis und Epithelmasse ist eine deutliche Pigmentierung bemerkbar, gebildet durch zahlreiche, gelblichbraune, in die Zellen des untersten Ephithellagers eingestreute Körnchen. Innerhalb des Stratum granulosum, gleichsam in die Stachelzellen eingemauert, fallen eigentümliche, runde aus 2—3 Zellen bestehende Körperchen auf, um die sich die Nachbarzellen zwiebelförmig anordnen. Sie sehen fast wie Cancroidperlen aus; doch vermag Verfasser diese Gebilde nicht ausreichend zu deuten, namentlich auch nicht anzugeben, ob sie sich in allen Fällen pellagrösem Erythem vorfinden.

XII. **Zur Pathogenese der Prurigo**, von R. Bernhardt - Warschau. Der Verfasser theilt die Krankengeschichte eines Falles von Prurigo mit, der geeignet ist, einiges Licht über die dunkle Pathogenese dieser Affektion zu verbreiten. Von Interesse aus der Anamnese ist, dafs der 21jährige Patient im Alter von 1½ Jahren an essentieller Kinderparalyse erkrankte, von der er eine dauernde Lähmung der rechten oberen Extremität zurückbehielt. Im Alter von 8 Jahren bekam der Patient den juckenden Ausschlag, der von Beginn an bis auf die Gegenwart stets die gelähmte Seite verschonte.

Der Verfasser zieht aus der Krankengeschichte seines Falles, wie aus der einschlägigen Litteratur, folgende Schlüsse:

1. „Prurigo ist keine Sensibilitätneurose.
2. Prurigo ist auch keine reine vasomotorische Neurose.
3. Prurigo ist eine Trophoneurose und gehört zu der sogenannten Dystrophia cutis.
4. Am wahrscheinlichsten entstehen die Knötchen primär, das Jucken aber ist sekundär."

XIII. **Ein Beitrag zur Wiederansteckung mit Syphilis**, von A. Baurowicz-Krakau. Der Verfasser beschreibt einen Fall bei einem 40jährigen Manne, der bei der ersten Untersuchung am 4. November 1899 syphilitische Papeln an der Lippe und Zunge, aufserdem aber ausgedehnte alte Narben im Rachen zeigte, welche die linken Gaumenbögen und die linke Mandel einnahmen, sich auf die hintere Rachenwand, dann hinauf gegen den Nasenrachenraum und herunter bis in die Gegend des Einganges in den Kehlkopf ausdehnten und auf einen abgelaufenen, luetischen Prozefs schliefsen

liefsen. Der Patient weifs jedoch absolut nicht, dafs sein Rachen jemals erkrankt war, oder dafs er einen Ausschlag am Körper gehabt hätte. Wohl giebt er an, dafs er im Jahre 1893 ein Geschwür am Gliede und starke schmerzhafte Schwellung der Leistendrüsen gehabt hatte. Den gegenwärtigen ganz typischen Sekundärerscheinungen in der Mundhöhle und am Körper war ca. zwei Monate vorher nach den Angaben des Patienten ein Geschwür am Gliede vorausgegangen, auf welches jetzt noch eine bläulich-rot gefärbte Stelle hindeutete.

Unter einer Quecksilberkur heilte Alles ab, doch kam es einige Monate später zu Rezidiven, welche wiederum unter Merkurbehandlung zurückgingen.

XIV. **Ein Fall von Purpura infolge blennorrhoischer Allgemeininfektion,** von Franz Weiss-Budapest. Schon im Jahre 1781 that Selle den Ausspruch: „Ich glaube, dafs der blennorrhoische Krankheitsstoff resorbiert werden und Gelenkschmerzen und Hautkrankheiten erzeugen kann." Im Jahre 1899 hat Buschke eine Arbeit „Über Exantheme bei Blennorrhoe" publiziert. Verfasser teilt die Krankengeschichte eines Falles mit, der einen 24jährigen erblich nicht belasteten Mann betraf. Derselbe acquirierte Ende Februar 1900 zum zweiten Male Blennorrhoe, bekam fünf Tage später auf beiden Unterextremitäten mit Ausschlufs der Gelenke hämorrhagische Flecke nebst Fieber und eine derartige psychische Alteration, dafs er Selbstmord verüben wollte. Mit dem Abheilen der Blennorrhoe verschwand auch die Purpura.

Verfasser glaubt, dafs die Gonokokken entweder durch Embolie oder durch die in ihren Leibern enthaltenen Toxine an den Unterextremitäten die Purpura und durch das Nervensystem die psychische Alteration erzeugten, (! Was die Gonokokken nicht alles fertig bringen! Ref.) und mit der spontanen Heilung der Blennorrhoe auch diese Läsionen heilten." In den Hämorrhagien wurde der Gonococcus nicht gefunden, ebenso konnte aus denselben der Gonococcus nicht rein gezüchtet werden, weil der Patient eine Blutuntersuchung nicht zuliefs. Dadurch steht allerdings für die Annahme des Verfassers noch der letzte Beweis aus.

XV. **Über das Lupus-Carcinom,** von N. Ashihara-Breslau. Verfasser beschreibt drei Fälle von typischem Lupus-Carcinom des Gesichts, welche in der Breslauer dermatologischen Klinik beobachtet und behandelt worden sind. An der Diagnose konnte nicht gezweifelt werden, da die Tuberkulose und die carcinomatöse Neubildung klinisch sowohl wie histologisch gesichert wurde. Der Lupus der Patienten war schon vor der Entwicklung des Carcinoms genau beobachtet worden. Die charakteristischen Merkmale der Lupusknötchen, das typische Aussehen der flachen unregelmäfsigen Ulcerationen, der positive Ausfall der Tuberkulinreaktion sicherten die Diagnose des Lupus. Das Carcinom bot die typischen Merkmale eines scharf begrenzten Tumors mit derben, wallartig erhabenen Randpartien. Den Verdacht einer Krebsentwickelung erregte die ziemlich plötzlich einsetzende Progredienz der Geschwürsbildung und die schnelle Verbreitung der Neubildung. Ausschlaggebend war aber der histologische Befund, der bei den drei Patienten ein typisches Epithelcarcinom inmitten der tuberkulösen Erkrankung ergab. Irgend eine Ursache für die Entwicklung des Carcinoms aus dem Lupus liefs sich nicht eruiren. Die frühzeitig vorgenommenen operativen Eingriffe konnten doch nicht die Rezidive verhindern.

Im Ganzen sind in der Litteratur 122 Fälle von Lupus-Carcinom publiziert, bei denen man die Fälle mit eigentlichen Lupus-Carcinom zu unterscheiden hat von denen, bei welchen sich das Carcinom auf Narben nach Lupus entwickelt hat.

Verfasser giebt eine kritische Analyse dieser 122 Fälle und stellt sie in einer Tabelle übersichtlich zusammen:

XVI. **Über einen vom Pediculus pubis gebildeten Farbstoff,** von Moritz Oppenheim-Wien. Moursou war der erste, welcher im Jahre 1877 als Ursache der

Tâches bleues oder Maculae caeruleae die Filzläuse erkannt hat. Duguet und Mallet konnten dies experimentell bestätigen, indem sie durch Einimpfung zerriebener Morpionen unter die Haut künstlich Tâches bleues erzeugten. H. Landois, Graber, Leydig, Fabre, Claus u. a. machten auf das grünliche Aussehen des Fettkörpers im Pediculus pubis aufmerksam, gaben jedoch die Ursache dieser Erscheinung nicht richtig an. Ehrmann fand in den lebenden Morpionen einen grünen Farbstoff und das veranlafste den Verfasser, über denselben Untersuchungen anzustellen, deren Ergebnisse im folgenden mitgetheilt werden. Darnach bemerkt an etwa 80% lebender, direkt der Haut des Menschen entnommener Filzläuse eine smaragdgrüne Färbung der Seitenteile des Thorax, des Abdomens und namentlich der Abdominalzapfen des Tieres. Diese grüne Farbe ist jedoch nicht diffus, sondern an Zellen, welche dem Corpus adiposum (Fettkörper) angehören, gebunden. Die grün gefärbten der Fettkörperzellen zeigen im Innern eine körnige, grüne, unregelmäfsig konturierte Masse. Der gefundene Farbstoff ist in Alkohol, Äther, Cloroform und Xylol unlöslich, verändert sich in Wasser nur nach sehr langer Einwirkung; dagegen verschwindet die grüne Farbe sehr rasch in Eisessig, ebenso wie dies bei dem Gallenfarbstoff Biliverdin der Fall ist, mit dem der in den Phthirii gefundene mannigfache Ähnlichkeit hat, ohne mit ihm identisch zu sein. Weitere Untersuchungen ergaben, dafs die Filzlaus diesen grünen Farbstoff aus dem Haemoglobin des menschlichen Blutes wahrscheinlich durch ein in den Speicheldrüsen der Morpionen befindliches Ferment (Oxydase) bildet.

Was das Verhältnis der grün gefärbten zu den ungefärbten Filzläusen betrifft, so ist die Thatsache von Interesse, dafs je mehr Tâches bleues man an den mit Phthiriasis behafteten Patienten findet, desto gröfser auch die Anzahl der grüngefärbten Exemplare ist. Wenn man lebende Filzläuse, deren Magen Blut enthält, einige Tage aufbewahrt, so zeigen viele in den Fettkörperzellen den grünen Farbstoff, von dem man anfangs keine Spur wahrgenommen hatte. Die Fähigkeit, diesen grünen Farbstoff zu bilden, geht etwa 20% der ausgewachsenen Thiere ab. Dies dürfte auch der Grund sein, weshalb einzelne Menschen mit Pediculi pubis doch keine Tâches bleues aufweisen.

Pediculi capitis et vestimentorum sind frei von jeglichem Farbstoff. Man findet bei ihrer Anwesenheit auch keine Tâches bleues auf der Haut der Träger.

C. Berliner-Aachen.

Dermatologisches Centralblatt.

IV. Jahrgang. No. 9.

1. **Ein ungewöhnlicher Fall von Syphilis, an Lichen ruber erinnernd,** von W. Kopytowski. Bei einer 30jährigen Ehefrau konstatierte der Verfasser an den Genitalien eine zweifellose Sklerose. Die Untersuchung des Ehemannes ergab, dafs derselbe seit Monaten an einem stark juckenden Ausschlage litt. Derselbe stellte sich dar als erhabene wachsgelbe Knötchen, die teilweise zu grofsen Flächen konfluiert waren. Das Bild entsprach ganz dem Lichen ruber planus. Als aber bei der Frau sich deutliche Sekundärerscheinungen einstellten, als der Ausschlag des Mannes auf allerdings nur kurzen Arsengebrauch nicht zurückging, griff Verfasser auch beim Manne zur Hydrargyrumbehandlung, worauf der Ausschlag prompt zurückging. Derselbe war also sicher luetischer Natur.

2. **Das Sapolan,** von Johann v. Szaboky. Sapolan ist fast geruchlos, durchscheinend, dunkelbraun, weich, klebend, leicht auf der Haut verreibbar; es wird als Nebenprodukt der Destillation von Naphta gewonnen und hat als Zusatz 36% Lanolin und 3% Seife. Verfasser wandte das Mittel bei chronischen, desquamativen, bei

parasitären und entzündlichen Prozessen an. Es wurde rein oder mit 50—100% Talkum gemischt nach Entfernung von Krusten und Schuppen, Eröffnung von Pusteln mit oder ohne Dunstverband appliziert. Bei akut entzündlichen Prozessen war das Resultat ein schlechtes. Tief infiltrierte Prozesse besserten sich, aber die terminale Hyperämie schwand nicht. Befriedigender war die Wirkung bei oberflächlichen, wenig infiltrierten Hautleiden, bei recenter, artifizieller Dermatitis, Pyodermie, Prurigo. Bei Psoriasis, Scabies, Trichophytie war das Ergebnis ein wenig günstiges.

3. **Beiträge zur Kasuistik und Therapie der Psoriasis vulgaris**, von Eugen Gerstle. Das Material der Josephschen Poliklinik ist hier bearbeitet. Es sind 975 Psoriasisfälle entsprechend einer Gesamtzahl von 15986 Hautfällen (= 6,1%). Darunter befanden sich 829 Männer, was sich teils aus dem Charakter der von Männern mehr aufgesuchten Poliklinik erklärt, teils aber auch ein vorzugsweises Befallensein der Männer bedeutet. Der jüngste Psoriatiker war 3½ Jahre alt, der älteste 72 Jahre. Die erkrankten Frauen stehen im relativ jüngeren Alter als die Männer. (Schluſs folgt.)

4. **Über die Verwendung der Jodtinktur bei torpiden und tuberkulösen Hautgeschwüren**, von S. Behrmann. (Schluſs.) Ein geeignetes Anwendungsgebiet für die Jodtinktur ist das Unterschenkelgeschwür, ferner die Spina ventosa. (Wenn Verfasser an dieser Stelle von einer vorgekommenen Gangrän des Fingers nach Bepinselung desselben mit Jodtinktur spricht, so ist das wohl eine Verwechselung mit Jodkollodium. D. Ref.) Nach einer Abschweifung (wie sie Verfasser sehr zu lieben scheint; d. Ref.) über das Fortlassen von abschlieſsenden Verbänden bei der Behandlung von Hautleiden, empfiehlt Verfasser die Jodtinktur warm für torpide Geschwüre, auch wenn wir keine Vorstellung haben, wie dieselbe wirkt.

No. 10.

1. **Dermatitis bullosa circumscripta als selbständige chirurgische Krankheit**, von M. Trinkler. An den Fingern findet man häufig eine bullöse Efflorescenz, die an eine Brandblase erinnert; nach der Entfernung der Blasendecke sieht man die Papillarschicht, gedeckt mit einem dünnen Überzug käsigen, krümeligen Eiters, zuweilen im Centrum des Grundes einen dünnen Strang nekrotisierten Zellgewebes. Die Behandlung — Entfernung der Blase, steriler Gazeverband — hat nicht immer prompten Erfolg. Die häufigste Ursache ist ein Stich oder eine sonstige unbedeutende Verletzung, die eine Infektion mit Eiterkokken nach sich zieht.

2. **Untersuchungen über Oleum Santali ostindici und Gonorol**, von P. Meisner. Gonorol ist ein alkoholisches Extrakt des Oleum Santali, von dem dabei das „Santalen" zurückbleibt. Verfasser prüfte an Kaninchen, ob dem Santalen resp. Ol. Santali gegenüber dem Gonorol Nachteile zukommen, indem er dem Kaninchen die betreffenden Substanzen mittels Schlundsonde beibrachte. Von 18 mit Gonorol behandelten Tieren blieben 10 am Leben und dauernd gesund; auch die Autopsie ergab nichts abnormes. Von den 25 mit Santalen behandelten Kaninchen aber starben an interkurrenten Krankheiten 3, an hämorrhagischer Nephritis 10, an Durchfällen 6, am Leben blieben 6. Danach scheint es, daſs das Santalen oft, nicht immer, einen deletären Einfluſs auf die Nieren ausübt, während das Gonorol dieselben nicht affiziert. Vergleichende Untersuchungen an 17 intelligenten (deshalb in ihren Angaben nicht immer zuverlässigen; d. Ref.) Patienten ergaben, daſs auch vom Menschen das Gonorol besser vertragen wird. Demnach dürfte dieses dem Oleum Santali ostindici vorzuziehen sein.

3. **Beiträge zur Kasuistik und Therapie der Psoriasis vulgaris**, von Eugen Gerstle. (Schluſs.) Die Jahreszeit übt einen groſsen Einfluſs auf die Psoriasis aus, nur giebt es dabei kein Schema. Eine Änderung der Lebensweise, eine Reise führt

oft eine Besserung herbei. Das Auftreten der Psoriasis knüpft sich zuweilen an Hautreizung, Verletzung, fieberhafte Erkrankung. Klagen über Jucken, Kopfschmerzen, rheumatische Beschwerden, Mattigkeit sind nicht selten. Die Schweifsabsonderung weist oft Anomalien auf. Rothaarige Psoriatiker wurden nicht beobachtet. Heredität spricht sicherlich oft mit. Gicht und Diabetes wurden in mehreren Fällen zusammen mit Psoriasis beobachtet. Besonders oft betroffen scheinen die Tischler (150 von 975); ob das ein Zufall ist, bleibt dahingestellt. Therapeutisch bewährte sich am Körper am besten 10%iges Chrysarobin-Traumaticin, vor dessen Applikation, die zweimal wöchentlich erfolgt, die Schuppen sorgsam entfernt werden müssen. Am Kopfe bewährten sich Unguent. hydrarg. praecipitat. alb., Unguent. diach. Hebra, das Natronsalz der Phenylhydrazinsäure als 2—5%ige Salbe. Arsenik wurde meistens gegeben. Jodothyrin schien in einem von zwei Fällen sich glänzend zu bewähren.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Dermatologische Zeitschrift.

Band VIII. Heft 4. 1901.

I. **Über neurotische Alopecie,** von A. Bayet - Brüssel. Verfasser beschreibt einen Fall bei einem 17½ Jahre alten, tuberkulös und stark nervös veranlagten Arbeiter, der im April 1901 einen heftigen Faustschlag gegen die rechte Schläfe erhielt. Intensive Schwellung des ganzen Gesichtes und heftige Kopfschmerzen waren die unmittelbaren Folgen. Drei Wochen nach dem Unfall begannen plötzlich die Haare auszufallen und zwar derart rapide, dafs an einem Tage fast der ganze Kopf kahl wurde.

Die mikroskopische Untersuchung erstreckte sich auf drei Arten von Haaren, die sich noch auf der Kopfhaut vorfanden:

1. Keulenhaare, 1½ cm lang, isoliert, am distalen Ende normal, mit Mark und Pigment versehen, gegen die Wurzel hin bei gleichzeitigem Markschwund verdünnt und verschmächtigt, zuletzt pigmentlos und von einem Lanugohaar nicht mehr zu unterscheiden.

2. Lanugohaare von normaler Beschaffenheit.

3. Haare vom Hinterkopfe, welche normal erscheinen, jedoch dem leisesten Zuge folgen. Sie sind marklos, besitzen aber Pigment, sowie einen normalen Bulbus.

Verfasser hat durch Messungen der wiederwachsenden Haare zu beweisen gesucht, dafs das Einsetzen krankhafter Störungen in der Papille nicht erst mit dem Haarausfall zusammenfiel, sondern zeitlich nahe an das Trauma zurückdatierte. Diese Alteration war nur eine vorübergehende und von einer absoluten Wiederherstellung der Papillenfunktionen gefolgt.

II. **Über Erkrankungen des Rückenmarks bei hereditär-syphilitischen Neugeborenen und Säuglingen,** von R. Peters-St. Petersburg. Verfasser berichtet über elf Fälle, bei denen die Erscheinungen auf einen Krankheitsherd im unteren Abschnitt des Cervikalmarks in Höhe des siebenten und achten Hals- und ersten Brustwirbels hindeuten. Es handelt sich zumeist um komplete oder partielle Lähmungen der oberen Extremitäten, zu denen zuweilen noch das Klumpke-Déjerinesche Symptom, nämlich die Pupillenverengerung mit relativer Pupillenstarre hinzutritt. In einigen Fällen ist nur eine obere Extremität, in anderen sind beide befallen, wobei die Parese zuweilen nur über einzelne Unterarmmuskeln ungleichmäfsig verteilt ist und infolgedessen zu eigentümlichen Stellungen der oberen Extremität, namentlich aber des Handgelenks Veranlassung giebt. Es prävaliert in der Handstellung das Bild der Radialislähmung.

Verfasser hält besonders charakteristisch, wenn auch nicht durchaus pathognomonisch für die luetische Erkrankung des unteren Cervikalmarks, die von ihm so benannte „Flossenstellung“ der Hände. Sie setzt sich zusammen aus Symptomen der Radialislähmung und der Parese einzelner Unterarmmuskeln. In der „Flossenstellung“ ist der Unterarm stark pronïert, so daſs der Handrücken nach innen, die Handflächen nach aufsen gerichtet sind. Dabei ist das Handgelenk flektiert und ulnarwärts abduziert, so daſs die Stellung der Hände, besonders wenn beide Extremitäten ergriffen sind, an die Stellung der Flossen bei Robben und Seehunden erinnert.

Unter den elf vom Verfasser mitgeteilten Fällen wurde diese Flossenstellung neunmal beobachtet. Diese und andere Kontrakturstellungen unterscheiden sich von den durch Cerebralerkrankungen bedingten, daſs die letzteren das ganze gelähmte Glied treffen und eine brettartige Steifigkeit aller Muskeln hervorrufen, während die syphilitischen Erkrankungen des Rückenmarks bei durchaus weicher Lähmung der betreffenden Extremität nur in einzelnen wenigen Muskeln derselben eine Kontraktur, die bei entsprechender Behandlung rasch vergeht, erzeugen. Die Kontrakturen nach Gehirnläsionen nehmen immer mehr zu.

Unter den elf Fällen war die Paralyse in einem gleich bei der Geburt, in acht 1—5 Monate nach der Geburt entstanden. Bei zwei Kindern liefs sich der Termin der Entstehung nicht feststellen.

In vier Fällen waren aufser den Rückenmarkserscheinungen noch andere syphilitische Symptome, wie Roseolen, Papeln, Plaques muqueuses etc. vorhanden.

Die Behandlung bestand in Einreibungen von grauer Salbe (0,5 g täglich), in innerlichen Gaben von Kalomel, in Jodkaliumgebrauch seitens der Mutter. Die Einreibungen wurden von den kleinen Patienten sehr gut vertragen.

Von zehn behandelten Fällen (einer entzog sich der weiteren Beobachtung) wurden acht vollständig geheilt, zwei sehr gebessert entlassen. Der Erfolg der Einreibungen war meist ein rascher und eklatanter. Einmal nach drei, häufig nach vier Friktionen konnte eine sehr deutliche Besserung der Motilität konstatiert werden; nach zehn Dosen war in mehreren Fällen Restitutio in integrum eingetreten. Einige bedurften allerdings 20—30 Einreibungen.

Der Effekt der Quecksilberbehandlung war ein um so rascherer, je frischer der Fall war, und je weniger der allgemeine Ernährungszustand gelitten hatte.

III. **Beobachtungen an Quecksilberexanthemen**, von Fritz Callomon-Breslau. (Referiert Bd. 33, S. 198.) *C. Berliner-Aachen.*

Monatsberichte für Urologie.

Band VI, Heft 7.

Erfahrungen über Uretersteine, von Thorkild Rovsing. Übersetzt von F. Stockmann. In einer ausführlichen Darstellung, die eine reiche Kasuistik bringt, beleuchtet Verfasser die Pathologie der Uretersteine, worunter alle im Ureter gefundenen Steine verstanden werden, ob sie im Ureter oder in der Niere entstanden sind. Die Arbeit bietet viel Lehrreiches und möge im Original studiert werden.

Radiographie an sondierten Ureteren und Nieren, von L. E. Schmidt und G. Kolisher. Verfasser haben cystoskopisch Bleidraht in den Ureter eingeschoben und das Bild radiographisch aufgenommen. Die Reproduktionen sind aufserordentlich klar. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

The British Journal of Dermatology.
Band XIII. August 1901.

I. **Ein Fall von doldentraubenartigen Syphiliden,** von ARTHUR WHITFIELD-London. Der 30jährige Patient sah bei der ersten Visite abgemagert aus und fühlte sich sehr schwach. Das Gesicht und die Kopfhaut sind bedeckt mit enorm grofsen Papeln, wie man sie in diesem Stadium der Syphilis (kaum zwei Monate waren seit der Infektion verflossen) zu sehen bekommt. Stamm und Extremitäten sind von ähnlichen, aber weniger grofsen Papeln befallen. Im Gesichte bot jede Papel das Bild eines kleinen Tumors dar.

Einige Papeln, namentlich an sich berührenden Flächen, so auf den Lippen, im Sulcus coronarius waren maceriert und ulceriert.

Nachdem unter der entsprechenden Behandlung Besserung eingetreten war, entwickelten sich eines Tages auf der Streckseite der Arme und am Rücken um jede gröfsere Papel ein kleiner Kranz von miliaren Papeln, deren Sitz zumeist mit den Mündungen der Haarfollikel zusammenfiel.

Einzelne Autoren, welche ähnliche Fälle beschrieben haben, bringen die miliaren Syphilide mit einer schlechten allgemeinen Körperkonstitution, gewöhnlich mit einem tuberkulösen Habitus zusammen. JOSEPH macht darauf aufmerksam, wie sehr histologisch eine derartige Efflorescenz einen Tuberkel ähnlich sieht. Verfasser hat darauf hin einen Hautstreifen, welcher vier miliare Papeln enthielt, excidiert, einen Teil einem Meerschweinchen eingeimpft, den andern mikroskopisch untersucht. Die Inokulation verlief resultatlos. Die histologische Untersuchung bestätigte die Wahrnehmung von JOSEPH und ergab eine so auffallende Ähnlichkeit der Struktur des miliaren Syphilids mit derjenigen eines typischen Tuberkelknötchens, dafs es histologisch kaum möglich gewesen wäre, beide Krankheiten voneinander zu unterscheiden. Und doch wären für das Vorhandensein tuberkulöser Herde keine Anhaltspunkte vorhanden. Das geimpfte Meerschweinchen blieb völlig gesund. Die konzentrische Anordnung der miliaren Syphilide um die gröfseren Papeln faſst der Autor als lokale Metastase auf, wie sie in der Umgebung maligner Tumoren nicht selten ist.

II. **Bemerkungen über syphilitische Reinfektion,** von C. F. MARSHALL-London Der Verfasser nimmt die syphilitische Reinfektion als eine feststehende Thatsache an und will in dem vorliegenden Aufsatze nur einige mit derselben zusammenhängende interessante Punkte einer kurzen Besprechung unterziehen.

1. Wie steht es mit der Heilbarkeit der Syphilis? Wenn jemand sich zum zweiten Male frisch mit Syphilis infizieren kann, so mufs man annehmen, dafs er von der ersten Attacke völlig geheilt worden ist. Und doch giebt es Autoritäten, wie W. GOWERS, welche der Meinung sind, dafs man keinen wirklichen Beweis für die Heilung der Syphilis habe, da man nur selten die Patienten lange genug beobachte. FOURNIER und HUTCHINSON dagegen glauben, dafs die Syphilis in der Mehrzahl der Fälle thatsächlich geheilt werde. Derselben Ansicht ist auch der Verfasser, doch möchte er, dafs man mit Rücksicht auf die sogenannte „Parasyphilis," welche nach FOURNIER zwar syphilitischen Ursprunges aber nicht direkt syphilitischer Natur ist, sage, „die Reinfektion beweise nur, dafs die Immunität zu Ende sei, nicht aber, dafs die erste Syphilisattacke nicht nach Jahren noch von irgendwelchen parasyphilitischen Erscheinungen gefolgt sein könne.

2. Fälle von rezidivierenden Schanker oder selbst von ulcerierenden Indurationen wie sie nach HUTCHINSON vereinzelt noch nach Jahren auftreten, relativ rasch verschwinden und von Sekundärerscheinungen nicht gefolgt sind, dürfen nicht als syphilitische Reinfektion aufgefafst werden.

3. Was die Intensität der zweiten Syphilisattacke betrifft, so mufs diese

nach Mraček und Nobl nicht notwendigerweise milder als die erste verlaufen. Die Intensität hängt ebenso, wie bei der ersten Infektion, von den verschiedensten Bedingungen ab.

4. Die Zeit, welche zwischen der ersten Infektion und der Reinfektion liegt, kann verschieden lang sein. M. Moullin berichtet aber einen Fall von Reinfektion, die $2^1/_2$ Jahre nach der ersten aufgetreten ist.

III. **Lupus erythematosus**, von Henry Waldo. In der am 22. Mai abgehaltenen Jahresversammlung der dermatologischen Gesellschaft von Grossbritannien und Irland hat Verfasser folgende den Lupus erythematosus betreffende Punkte eingehend erörtert und zur Diskussion gestellt:

1. Die klinischen und pathologischen Merkmale.
2. Die Ätiologie.
3. Die Beziehung des Lupus erythematosus zum Lupus vulgaris.
4. Beobachtungen über die schweren, akuten, generalisierten von Kaposi beschriebenen Formen des Lupus erythematosus.
5. Mit demselben einhergehende Gehirnerscheinungen.
6. Kann der Lupus erythematosus immer klinisch von anderen Hautaffektionen unterschieden werden?

Aus den Erörterungen des Verfassers ist unter Anderem von Interesse, dafs er den Lupus erythematosus lieber mit den Erythemen als mit dem Lupus vulgaris in Verbindung bringen möchte und für denselben die Malcolm Morrissche Bezeichnung „Erythema atrophicans" für die geeignetste hält. (Warum nicht die noch prägnantere, von Unna vorgeschlagene „Ulerythema centrifugum"? Ref.)

IVa. **Ein Fall von Acne keratosa**, von H. R. Crocker. Die Affektion besteht bei der 30jährigen Patientin seit 7—8 Jahren und ist charakterisiert durch rote, harte, flache, fingernagelgrofse, im Gesicht, namentlich an den Wangen lokalisirte, Schwellungen, welche von kleineren, ebenso beschaffenen Knoten umgeben sind. Von subjektiven Empfindungen machen sich Hitzgefühl und Jucken bei der Patientin bemerkbar. Dieselbe leidet, was für die Ätiologie von Interesse sein mag, an Constipation und Verdauungsstörungen.

IVb. **Ekzem, hervorgerufen durch Formalin**, von Theodore Fischer. Der Verfasser, welcher namentlich im Winter mit in Formalin aufbewahrten Präparaten hantierte, bemerkte, dafs sich an den Seiten einiger Finger zuerst Jucken, dann einige Bläschen entstanden, die im weiteren Verlaufe, wenn die Formalinberührung nicht sofort eingestellt wurde, zu einem hartnäckigen Ekzem sich entwickelten. Dieselbe Erfahrung hat auch ein Kollege des Verfassers, der im pathologischen Institute arbeitete, gemacht. Mit der Zeit wird die Haut derart empfindlich gegen Formalin, dafs zuweilen schon die einfache Berührung eines selbst mit Wasser abgespülten Formalinpräparates genügte, um einen Ekzemausbruch herbeizuführen.

IVc. **Herpes gestationis**, von B. Jonss. Die 29jährige Patientin bekam einen Tag nach der Geburt ihres ersten Kindes um den Nabel herum zuerst Jucken und Brennen, dann einen multiformen Ausschlag bestehend aus Papeln, Quaddeln und Bläschen. Im weiteren Verlaufe wurden die Hüften und die Füfse, letztere besonders von Bläschen, befallen. Am nächsten Tage dehnte sich der Ausschlag auf die Arme, Beine und das Gesicht aus. Hier wurden vorwiegend Urticarialäsionen wahrgenommen. Drei Tage nach der Niederkunft zeigte die Patientin an beiden grofsen Zehen grofse Blasen.

Das Puerperium nahm einen normalen Verlauf. Nach zehn Tagen war der Ausschlag vollständig verschwunden.

Von Interesse ist die Angabe der Patientin, dafs ihre Grofsmutter während jeder

der fünf durchgemachten Schwangerschaften an einem ähnlichen Ausschlage gelitten habe.

IVd. **Ein Fall von Oedema migrans**, von BERNHARD SMITH. Der 28jährige Patient bemerkte im Juli 1899 während er auf einer Radtour war, eine Schwellung des Augenlides. Seit dieser Zeit leidet er an unregelmäßig, scheinbar ohne Ursache wiederkehrenden, transparenten, schmerzlosen Schwellungen zumeist im Gesicht, aber auch an anderen Körperstellen. Gewöhnlich treten sie während des Schlafes auf und verschwinden etwa um drei Uhr nachmittags.

Der Patient leidet bisweilen an Verdauungsstörungen und ist etwas nervös beanlagt.

Die Behandlung mit Medikamenten, Regulierung der Diät erwies sich als erfolglos.

IVe. **Mykosis fungoides**, von LAURENCE POTTS. Verfasser macht ergänzende Mitteilungen über den von GALLOWAY und MACLEOD beschriebenen Fall, der im weiteren Verlaufe sich stetig verschlimmerte und schließlich letal endete.

C. Berliner-Aachen.

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1901. Heft 7.

1. **Beitrag zum anatomisch-pathologischen Studium der Samenblasen**, von ROBERT DUHOT-Brüssel. Nach kurzen Bemerkungen über Anomalien und Degenerationsprozesse, die an den Samenblasen beobachtet worden sind, giebt der Verfasser eine eingehende Darstellung der Anatomie und Histologie der Vesiculae seminales, um dann auf Grund zahlreicher, selbst erhobener Sektionsbefunde die Entzündungen derselben zu beschreiben. Diese sind in ihrer akuten wie in ihrer chronischen Form viel häufiger, als gemeinhin angenommen wird. Bei weitem die häufigste Ursache der Spermatocystitiden ist die Blennorrhoe, doch können abgesehen von den Gonokokken auch alle pyogenen Mikrobien solche Entzündungen hervorrufen; es kommen daher Samenblasenentzündungen auch infolge von Traumen, Entzündungen benachbarter Organe, insbesondere der Blase, der Prostata und des Rektums, ferner infolge von Katheterisierung, Strikturen der Harnröhre, Pyämie und Septikämie vor. Die sehr häufige chronische Spermatocystitis ist entweder, wie das meist bei jungen Individuen der Fall ist, die Folge einer chronischen Blennorrhoe oder, insbesondere bei Greisen, die Folge von Entzündungen benachbarter Organe. Die Entzündungen bewirken zahlreiche und schwere Veränderungen in den Samenblasen, sie können sogar die Funktion derselben beeinträchtigen und Sterilität herbeiführen.

2. **Ein neuer Fall von spät eintretender traumatischer Striktur**, von H. BERTHIER. Bei einem Arbeiter, bei dem vor sechs Jahren im Anschluß an eine Beckenfraktur Urethrorragie, komplete Urinretention und eine perineale Urinfistel aufgetreten waren, zeigten sich, nachdem er fünf Jahre vollständig gesund gewesen war, die Erscheinungen einer Harnröhrenverengerung. Es handelte sich um eine sehr enge, nur für fadenförmige Bougies durchgängige, membranöse Striktur. Zur Beseitigung derselben mußte die Urethrotomia externa und, da der Katheterismus posterior notwendig war, direkt anschließend an diese die Sectio alta gemacht werden. Bei der Operation fand sich sowohl in der Umgebung der Urethra wie der Blase dichtes fibröses Gewebe, das zum Teil excidiert wurde. Die Einführung des Katheters gelang erst nach Spaltung des verengten Harnröhrenteils. Vierzehn Tage nach der Operation zeigte sich ein retrorenaler Abscess, der incidiert wurde. Im übrigen war der Verlauf befriedigend. Nach vier Wochen gingen die Urinentleerungen spontan und leicht vor sich, doch blieb ein leichter Grad von Inkontinenz zurück. Fälle von spät eintretender traumatischer Harnröhrenstriktur sind bis jetzt, abgesehen von dem

hier beschriebenen, erst dreimal beobachtet worden. Ihre Pathogenese ist die gleiche, wie die der sonstigen traumatischen Strikturen; sie sind die Folge von entzündlichen Prozessen in der Umgebung der Urethra.

8. **Fremdkörper der Blase**, von Sawakansky-Kiew. Der Verfasser fand in zwei Fällen als Kern von Blasensteinen Fremdkörper, die auf eine wohl noch nicht beobachtete Weise in die Blase gelangt waren. In dem einen Falle war es die Nadel einer Pravazspritze, die drei Jahre vorher bei der Probepunktion eines periurethralen Abscesses abgebrochen und nicht mehr gefunden und entfernt worden war. Der Kranke kam in urämischem Zustande in die Klinik, wo der Stein mittels des perinealen Harnröhrenschnittes entfernt wurde. Zehn Tage später starb der Patient, bei der Sektion fand sich aufser anderen schweren Veränderungen innerer Organe eine doppelseitige Pyelonephritis calculosa. Im zweiten Falle fand sich als Kern eines Blasensteines ein 5 : 1½ cm grofses Holzstück. Der Kranke hatte sich ein Jahr vorher, als er rittlings über ein Treppengeländer hinunterrutschte, eine Wunde am Perimum zugezogen; der Urin hatte daraufhin einige Tage lang Blut enthalten, die Wunde selbst war rasch verheilt. Allem Anschein nach war damals das Holz sofort in das Innere der Prostata eingedrungen und schob sich dann allmählich in die Blase vor.

Göts-München.

Bollettino delle malattie veneree, sifilitiche urinarie e della pelle.

1901. Heft 4—5.

Die dermosyphililopathische Klinik zu Palermo von ihrer Gründung bis im Dezember 1893, der geschichtlichen Wahrheit entsprechend dargelegt, von Prof. J. Profeta. Verfasser weist auf den Jahresbericht der k. Universität Palermo über das Studienjahr 1899/1900 hin, dem er den Vorwurf der Unvollständigkeit macht. Verfasser wird darin nämlich nur so nebenbei als gew. Professor der medisinischen chirurgischen Fakultät erwähnt. Er giebt sodann eine Übersicht der Entwickelung der Klinik für Dermatologie und Venereologie seit ihrer Gründung im Jahre 1851, durch den vorletzten König beider Sicilien, an welcher Entwickelung er, Profeta, einen regen Anteil genommen hat. Er erwähnt die Schwierigkeiten, mit denen er zu kämpfen hatte, bis zur definitiven Organisation der Klinik, deren Existenz mehr denn einmal bedroht war.

Klinische und ätiologische Betrachtungen über einige Fälle von Alopecia areata, von Poggi. Verfasser beschreibt neun Fälle von Alopecia areata, die sämtlich vom Barte ausgegangen waren. Verschiedene Umstände lassen ihn den Schluſs ziehen, daſs es sich bei der Alopecia areata um eine parasitäre Affektion handelt: Befallensein mehrerer Glieder einer Familie, Fehlen irgend welchen Einflusses von hereditären, beruflichen etc., Umständen, Fehlen einer symmetrischen Ausbreitung der Affektion, Häufigkeit der Rezidive, stufenweise Ausbreitung der Affektion von einer Stelle zur anderen, günstiger Einfluſs der lokalen Therapie.

C. Müller-Genf.

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1901. Heft 3.

Über einige Fälle von Arthritis blennorrhagica, von Bosellini. In fünf der beschriebenen Fälle handelte es sich um blennorrhoische Arthritiden des einen oder anderen Knies, im sechsten um eine Entzündung des Tibio-Tarsalgelenkes. Wie gewöhnlich konstatierte B. die Thatsache, daſs die Gonokokken im Gelenkexsudat schwer nachzuweisen sind, indem dieselben wahrscheinlich unter einer fragmentierten Form erscheinen, die sich nur schwer färben lassen und inmitten der Protoplasma- und

Chromatinkörner der Zellen verschwindet. Diese Formen sind aber nach Kieyer nicht lebensfähig. In solchen Fällen gelingt es zuweilen, solche auf kulturellem Wege nachzuweisen, wenigstens in einem Falle des Verfassers. Dies gilt von den Gelenkexsudaten; nicht ohne Grund läfst es sich aber annehmen, dafs dasselbe mit den Exsudaten auf der Harnröhrenschleimhaut geschieht. Das letztere scheint wenigstens aus den unangenehmen Erfahrungen hervorzugehen, wenn ein Blennorrhoepatient als genesen erklärt worden ist, nachdem wiederholte mikroskopische Untersuchungen des Sekretes einen negativen Gonokokkenbefund ergeben haben. Folgt ein ausführliches Litteraturverzeichnis über venerische Affektionen vom Jahre 1864 an.

Ein Apparat zur Sitzbestimmung der Urethritis und Urethrocystitis blennorrhoica, das Urotoposkop, von J. Castracane. Der Apparat besteht aus einer Glasröhre von 300 ccm Gehalt, welche drei U-förmige Krümmungen zeigt und am einen Ende eine trichterförmige Öffnung führt; das andere, senkrechte Ende ist ebenfalls offen. Der Patient uriniert nun ununterbrochen in den Trichter, der Harn verteilt sich spontan in der ganzen Röhre und kann durch Transparenz gut betrachtet werden. Die Niederschläge sind gut sichtbar und können leicht miteinander verglichen werden. Mit einer Pipette lassen sich in den beiden Endstücken Filamente und Nierenschläge herausheben.

Zwei vergessene Arbeiten von Giovanni Inzani über die Nervenendigungen in den Epithelien, von Pighini. Siehe Übersetzung in dieser Zeitschrift Bd. XXXII. No. 7.

Über einen Fall von Lichen scrophulosorum, von Colombini. In zwei klinischen Vorträgen beschreibt C. einen Fall von Lichen scrophulosorum und teilt unter anderen den mikroskopischen Befund mit. In Bezug auf die Pathogenese reiht er sich nicht ganz der Theorie von Pellizzari an, welcher annimmt, dafs die primäre Ursache des Lichen scrophulosorum auf tuberkulöse Toxine zurückzuführen sei, die von den tuberkulösen Herden in den Lymphdrüsen, den Knochen etc. herrühren. Diese Toxine würden sodann die befallenen Partien in der Weise verändern, dafs sie sekundär die Tuberkelbacillen leichter aufnehmen. Zur Unterstützung seiner Theorie führt Pellizzari an, dafs in dem von ihm beobachteten Falle Inokulationen auf Meerschweinchen von excidierten Papeln zuerst keine Tuberkulisation zur Folge hatte, während später mit Material aus miliaren Pusteln experimentelle Tuberkulose erzielt werden konnte. Colombini ist vielmehr Anhänger der bacillären Theorie, glaubt aber, dafs es sich von Anfang an um eine abgeschwächte Form von Bacillen handelt. Colombini stützt sich dabei auf den histologischen Befund und auf den Umstand, dafs wir eine eigentliche Hauttuberkulose kennen, während die Toxituberkulosen ins Gebiet der Hypothese gehören.

Ein Fall von Naevus verrucosus linearis, von Sprecher. Der Nävus erstreckte sich über die Mittellinie des Kinnes und des Halses und war kongenital, hatte sich aber nach der Geburt in der Weise modifiziert, dafs sich eine ekzemartige Eruption auf demselben ausbildete, ohne dessen Grenzen zu überschreiten, wie dies schon öfters beobachtet worden ist. Das Kind war körperlich und geistig gut ausgebildet; in der Familie war niemals eine Affektion konstatiert worden, die von Ferne mit Nävi zu vergleichen gewesen wäre. Histologisch stimmte der Befund mit demjenigen der eigentlichen Naevi lineares überein.

Experimentelle Untersuchungen über die Trichophytien und den Favus, von Truffi; Dissertation zur Erlangung der Venia docendi. Der erste Teil enthält Angaben über die Geschichte der Tineen von Celsus bis auf den heutigen Tag. Dann folgt eine ausführliche Beschreibung der Biologie des Favuspilzes, Achorion Schoenleinii. (Wird fortgesetzt.)

Die Leprösen der dermosyphilopatischen Klinik zu Palermo; klinisch-histologische, pathologisch-anatomische und therapeutische Beobachtungen, von CALLARI. Der erste Abschnitt enthält acht Krankengeschichten über Leprafälle in den verschiedenen Stadien.

Die Bierhefe bei der Behandlung der Furunkulose, von PANICHI. (Fortsetzung.) Verfasser kommt zum Schlusse, dafs die Bierhefe, innerlich dargereicht, sich in der That bei der chronischen Furunkulose als wirksam erwiesen hat. Aber auch bei der accidentellen Form der Furunkulose scheint sie sich bewährt zu haben. Die Bierhefe wirkt offenbar in der Weise, dafs sie die Entwickelung der Bakterien im Intestinaltraktus hemmt und damit auch die Produktion von toxischen Substanzen durch den Organismus hindert, dessen Resistenzfähigkeit gegen pyogene Invasionen von aufsen dadurch erhöht wird. Wie aus zwei Experimenten an Hunden hervorgeht, wirkt die Bierhefe in ganz besonderer Weise gegen die pyogenen Organismen selbst.

Bakteriologische Untersuchungen über die Syphilis, von JUSTIN DE LISLE und L. JULIEN. Verfasser hat aus dem Venenblute von Syphilitikern ziemlich konstant einen Bacillus konstatiert, der sich als polymorph erwies; bald kurz, bald fadenförmig ausgezogen mit abgerundeten Enden und nicht keulenförmig verdickt. Er zeigt Eigenbewegung. Beim Färben verträgt er nicht über 60° C.; im übrigen nimmt er alle Farbstoffe auf, färbt sich aber nach der GRAMschen Methode nicht. Diesen Bacillus hat Verfasser bei allen Syphilitikern in der floriden Phase, und zwar ausschliefslich bei diesen, gefunden. Er koaguliert das Serum der Syphilitiker, nicht aber dasjenige der Nicht-Syphilitiker. Versuchstieren inokuliert, produziert er eigenartige Erscheinungen, welche mit denen beim Menschen verglichen werden können. Er fixiert das besondere Alexin der mit syphilitischen Produkten inokulierten Tiere. Die Kulturen bleiben ohne Wirkung auf syphilitische Tiere. Wie beim Menschen sterben die Mikrobien mit dem infizierten Tiere ab. *C. Müller-Genf.*

Russische Zeitschrift für Dermatologie und venerische Krankheiten.

Herausgegeben von Prof. SELENEW.

Band I. Heft 4.

I, 1. **Über die Behandlung des Lupus erythematosus mit frequenten Unterbrechungsströmen nach BISSERIÉ,** von J. HIMMEL. Die aus dem BROCQschen Laboratorium hervorgegangene Methode soll bei Lupus erythematosus Aufserordentliches leisten, indem nach Verfasser's Angaben in relativ kurzen Zeiträumen (2—6 Monate) vollständige Heilung in 75 % der Fälle eingetreten war.

2. **Zur Histologie der Sclerodermia circumscripta,** von W. SARUBIN. Eine ausführliche Untersuchung eines Falles, der nach seinen Eigentümlichkeiten am meisten an UNNAS kartenblattförmige Varietät erinnerte. Die nach dem chronischen Entzündungsprozefs zurückbleibende Atrophie endete mit eigentümlicher Entartung des Collagens und mit totalem Schwund des elastischen Gewebes und der Blutgefäfse.

II, 1. **Zur Statistik der Syphilis der inneren Organe in der Landbevölkerung,** von N. DOLGOPOLOW. (Fortsetzung folgt).

2. **Über einige mit grofsen Quecksilbermengen behandelte Syphilisfälle,** von T. BURSCHALOW. (Fortsetzung folgt).

III, 1. **Zur Bakteriologie der Urethritiden,** von J. BARANNIKOW. In einem Falle züchtete der Verfasser von einer Urethritis eine Reinkultur von Diphtheriebazillen. Wenigstens erinnerten dieselben an die von SPIRIG beschriebene Art dieses Mikrobions. *Sack-Heidelberg.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Chronische Infektionskrankheiten.

a. *Lepra.*

Glossen zur Frage der Kontagiosität und der Prophylaxe der Lepra, von Herbsmann-Rustow. (*Med. Woche.* 1901. No. 5/6.) Die Frage der Kontagiosität der Lepra ist nach wie vor keineswegs geklärt, Kaposi erklärt ausdrücklich, dafs man bisher noch keinen unzweifelhaften Fall einer direkten Übertragung kenne, und dafs die scheinbar so rasche Vermehrung der Lepra auf den Sandwich-Inseln, Livland, Memel und anderen Gegenden darauf zurückzuführen ist, dafs die eben schon vorhandenen Kranken in den letzten Jahren von den Ärzten aufgefunden wurden und ihre Krankheit richtig diagnostiziert wird. Auch Neumann verhält sich skeptisch; die meisten Forscher geben zwar die Spezifität des Hansenschen Bacillus zu, wenngleich sie auch selbst auf Fälle von klinisch deutlich ausgesprochener Lepra hinweisen, in denen derselbe nicht gefunden werden konnte. Als Eingangspforte wird teils die Nasenschleimhaut (Sticker, Jeanselme), teils andere Körperteile z. B. Füfse (Arning, Kaposi, Babes) bezeichnet, während Geill meint, dafs der Leprabacillus in den menschlichen Körper vom Boden aus inokuliert wird. Sämtliche Versuche einer künstlichen Übertragung von Kranken auf Gesunde, wie sie z. B. Danielssen an sich und anderen ausführte, hatten negative Resultate. Für die Heredität treten besonders Zambaco-Pascha, v. Düring, Petrini de Galatz ein. In Bezug auf die Bekämpfung der Lepra hat die Leprakonferenz die bekannten Thesen aufgestellt und bringt auch H. darin nichts neues.

In der Zusammenstellung der Ansichten verschiedener Autoren bekennen sich Lassar, Pospelow, Hallopeau als entschiedene Kontagionisten gestützt auf die positiven Übereinstimmungen (Joseph, Melcher, Ortmann). Ge-Kasan bezeichnet, gleich Kaposi, die Ansteckungsfähigkeit als eine sehr schwache, doch empfiehlt auch er die Errichtung der Leproserien. Kusnetzow-Charkow hingegen betrachtet auf Grund seiner Erfahrungen die Lepra nicht als Infektionskrankheit, Kaposi hält es keineswegs für gerechtfertigt, die Lepra geradezu als kontagiose Infektionskrankheit zu proklamieren bei der immerhin sehr geringen Infektiosität. Der Verfasser schliefst sich in allem den Ansichten Kaposis an. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Die Kontagiosität der Lepra, von T. C. Booth. (*Brit. med. Journ.* 11. Aug. 1900.) Der Verfasser hat im Leprahospital zu Throndhjem einen 38jährigen, völlig erblindeten und auch an anderen Körperteilen von der Krankheit schwer mitgenommenen Patienten gesehen, welcher im Alter von 21 Jahren aus dem Christiania-Distrikt nach den Vereinigten Staaten ausgewandert ist. Nach siebenjährigem Aufenhalte daselbst wurde er leprös. Da in dem Bezirke des Wohnortes und auch in der Familie des Patienten niemals Lepra geherrscht hat, so kann man nur annehmen, dafs er durch die Kleider, welche ihm kurz nach seiner Auswanderung durch andere Emigranten aus Norwegen überbracht worden waren, angesteckt worden ist. In diesem Falle wären zwischen dem Zeitpunkt der Infektion bis zum Ausbruche sichtbarer Erscheinungen sieben Jahren verstrichen. Der Verfasser zeigt, wie in gewissen Küstenstrichen Norwegens durch die Armut, mangelhafte Ernährung und schlechte

Wohnungsverhältnisse der Bevölkerung der Boden für die Entwickelung der Lepra vorbereitet werde. Die Tuberkulose ist stark verbreitet und im Steigen begriffen, während die Lepra jetzt durch die strenge Isolierung der Leprösen in Abnahme begriffen ist. *C. Berliner-Aachen.*

Die Kontagiosität der Lepra, von Th. A. Palm. (*Brit. med. Journ.* 18. Aug. 1900.) Es scheint ziemlich klar zu sein, dafs die Lepra nicht durch einfachen Kontakt übertragen werde, da Lepröse oft jahrelang in gewöhnlichem Verkehr mit Genossen stehen, mit ihnen dieselbe Wohnung teilen, an demselben Tische essen, in demselben Bette schlafen, ohne sie anzustecken. Andererseits sind genügende Beweise dafür vorhanden, dafs die Materies morbi auf irgend eine Weise von Mensch zu Mensch übertragen werde. Man mufs einen Zwischenwirt annehmen, durch welchen dies geschehe, und ein Problem bleibt es, die Kreatur zu finden, welche bei der Lepra eine ähnliche Rolle spielt, wie die Mosquitos bei der Filaria sanguinis hominis und bei der Malaria. Da Booth in dem von ihm beschriebenen Falle eine Infektion durch die Kleider annimmt, so ist es möglich, wenn ein Zwischenwirt für die Übertragung durchaus notwendig ist, dafs diese Rolle der Pediculus vestimenti spielt. Verfasser rät nach dieser Richtung bakteriologische Untersuchungen anzustellen, für welche sich in Norwegen sehr leicht das Material beschaffen liefse. *C. Berliner-Aachen.*

Die Kontagiosität der Lepra, von J. G. Scott. (*Brit. med. Journ.* 29. Sept. 1900.) Angeregt durch die Vermutung Palms, der Pediculus vestimenti könnte in manchen Fällen den Leprabacillus eingeimpft haben, macht Verfasser die Mitteilung, dafs auf Honolulu und den Sandwich-Inseln der Mosquito in dem üblen Rufe stehe, ein Verbreiter der Lepra zu sein. Auch sonst ist der Mosquito dort eine wahre Plage. Auf Madeira, wo der Verfasser sich zur Zeit befindet, ist die Lepra im Aussterben begriffen. Im ganzen dürfte es 50—60 Fälle geben gegen 300—400 vor 30 Jahren. Der Mosquito ist hier selten, dagegen unter der ärmeren, sehr schmutzigen Bevölkerung desto häufiger der Pediculus vestimenti. *C. Berliner-Aachen.*

Einen in der Provinz Pavia beobachteten Fall von Lepra tuberosa beschreibt U. Mantegazza. (*Rif. med.* 1900. No. 25 u. 26.) In dem Blute der Patientin wurde der Hansensche Bacillus nachgewiesen. Die Patientin hatte Italien niemals verlassen, war dagegen während einiger Zeit in einem anderen Dorfe ihres Heimatlandes als Dienstmagd angestellt gewesen, wo ihre Meisterin an einer unbekannten Krankheit starb. Es ist also über die Infektionsquelle des Falles auch nicht annähernd Sicheres bekannt. *C. Müller-Genf.*

Zwei Fälle von Lepra in der Provinz Pesaro-Urbino, von G. Ungaro. (*Rif. med.* 1900. No. 66.) Die beiden Fälle betreffen zwei Töchter einer Familie aus einer ganz kleinen Gemeinde der genannten Provinz, deren Bewohner von Fischerei und Landwirtschaft leben. Die genannte Familie speziell lebte sehr zurückgezogen und keines ihrer Mitglieder hatte jemals das Land verlassen. Es handelte sich bei den Patientinnen um eine reine Lepra tuberosa, ohne jede Beteiligung des Nervensystems. Die typischen Knoten waren über Gesicht und Extremitäten in beträchtlicher Anzahl verbreitet. Es konnte die Infektionsquelle der Affektion bei diesen beiden Patientinnen absolut nicht festgestellt werden. Prof. Tommasoli, dem die Fälle vorgestellt wurden, bestätigte die Diagnose von Lepra tuberosa. *C. Müller-Genf.*

Ein Fall von vermutlicher Lepra, von J. N. Bloom-Louisville. (*Louisville Journ.* 1901. No. 9.) Der Bericht schildert einen 39jährigen Mann, der vor über

15 Jahren an heftigen lancinierenden Schmerzen der rechten Schulter erkrankte, die sich bis in den Kopf und die rechte Hand erstreckten. Später wurde besonders der rechte Vorderarm stark schmerzhaft. Im Jahre 1886 gesellte sich dazu ein taubes Gefühl der rechten Fufssohle, das aufsteigend allmählich immer gröfsere Bezirke einnahm. 1888 zeigte sich eine Anschwellung des rechten Handrückens. Um diese Zeit erfolgte seitens eines Chirurgens die Eröffnung eines Abscesses am Metacarpophalangealgelenk des rechten Ringfingers. 1894 erfolgte spontan eine Ulceration des rechten Daumens, der die letzte Phalanx zum Opfer fiel und anschliefsend daran traten mehrfache solche Eiterungen der Knochen auf, so dafs jetzt die Hand ganz verkrüppelt ist. Auch über dem rechten Auge zeigten sich tiefgehende Exulcerationen. 1900 öffnete sich spontan ein Achselabcefs (rechtsseitig), der eine Narbe von 4 Zoll Länge hinterliefs. Die linke Körperseite ist ganz normal bis auf einige kleine Krusten und Narben hinter dem Ohre am Nacken. Rechtsseitig besteht aufserdem totale Anhidrosis, links ausgesprochene Hyperhidrosis. Die rechte Körperhälfte ist auch anästhetisch. *Hopf-Dresden.*

Über die Lokalisationen des Leprabacillus in den verschiedenen Organen, von E. Jeanselme-Paris. (*Presse méd.* 1900. No. 101 u. 103.) Die Abhandlung bildet den ersten Teil einer längeren Arbeit. Sie befafst sich mit der Lepra der äufseren Körperdecke und der Nervenlepra, während der zweite Abschnitt der visceralen Lepra gewidmet ist. Insbesondere will Jeanselme im zweiten Teil die Mischinfektionen der Lepra, die destruktiven Prozesse der Krankheit und ihre eventuelle Spontanheilung behandeln, die bakteriologisch-klinische Diagnose, die verschiedenen Wege, welche die Bacillen aus dem Körper heraus nehmen können und zum Schlufs die Prophylaxe. Bezüglich der Fleckenlepra verweist Verfasser auf die neuesten Arbeiten Dariers, der 8 mal bei neun Fällen von Lepra maculosa reichliche Bacillenanhäufungen vorfand. Darier glaubt nicht an den trophoneurotischen Charakter dieser sogenannten Neurolepriden, zu denen sich dann sekundär bacilläre Ansammlungen gesellen könnten, sondern schiebt die Entstehung der perivaskulären Hautläsionen den Leprabacillen selber zu. Über die viscerale Lepra und ihre pathologisch-anatomischen Bilder wird nach Erscheinen des Schlusses der Abhandlung referiert werden. Sodann giebt Verfasser eine Zusammenstellung aller Berichte der neueren Lepraforscher bezüglich des Anteils, den die verschiedenen Organe an der Verteilung der Hansenschen Bacillen nehmen. Neue Beobachtungen liegen nicht vor. Was die Prophylaxe anbelangt, so fordert Jeanselme mit Besnier strenge Desinfektion der Nase, des Mundes und der äufseren Haut Lepröser. Guten Verschlufs aller Ulcerationen, Schutzimpfungen gegen Variola mit Kälber-Vaccine. Zwangsweise Desinfektion aller Kleider, Wäsche und Gebrauchsgegenstände. Neugeborene Kinder lepröser Mütter sind zu isolieren und künstlich zu ernähren. *Hopf-Dresden.*

Über extra- oder intracelluläre Lokalisation des Leprabacillus, von Georg Pernet. (*Transact. of the pathol. soc. of London.* Vol. 52. Teil I. 1901.) P. hat eine Anzahl von Lepraprăparaten, speziell der Haut, untersucht und gefunden, dafs in der grofsen Mehrzahl der Fälle die Bacillen aufserhalb der Zellen liegen, und stimmt mit Unna, Leloir, Bergengrün u. a. darin überein, dafs die sogenannten Leprazellen in Wirklichkeit nur Anhäufungen von Bacillen sind. Was die Haut betrifft, so liegen nach P. die Bacillen stets nur aufserhalb der Zellen und zwar in den interzellulären und Lymphräumen des Corium. Nähere Beschreibung der angewandten Färbemethoden. *Stern-München.*

Lepra maculosa, von T. D. Savill. (*Brit. med. Journ.* 5. Mai 1900.) Der Verfasser berichtet über einen 14jährigen, intelligenten, in Demerara geborenen, aber seit seinem 11. Lebensjahre in England wohnenden Knaben. Ein Jahr, bevor er nach England kam, begann die Krankheit mit erythematösen, pigmentierten, schwach erhabenen, ziemlich symmetrisch angeordneten Flecken an den verschiedensten Körperteilen. An den meisten dieser Stellen und auch an solchen, welche frei von Flecken waren, hatte der Patient kein Gefühl. Die Ulnarnerven waren beiderseits stark verdickt. Unter der, ein Jahr lang fortgesetzten Behandlung mit Chaulmougra-Öl in allmählich verstärkten Dosen (im Beginn 3 mal täglich 4 Tropfen in Kapseln), verschwanden Schwellungen und Erythem vollständig, die Pigmentationen fast ganz. Nirgends konnte Anästhesie nachgewiesen werden. Die Ulnarnerven sind zweifellos viel weniger dick, als früher. Die enormen Dosen des Mittels (der Patient nahm zuletzt 100 Kapseln täglich) haben weder die Verdauung noch das Allgemeinbefinden gestört. *C. Berliner-Aachen.*

Lepra der Augen, von Arthur Neve. (*Brit. med. Journ.* 12. Mai 1900.) Im Lepra-Asyl des Kaschmir-Staates befinden sich 80 Lepröse, von denen 20 mit Augenaffektionen behaftet sind. Bei der tuberösen Form der Lepra ist der Prozentsatz von Augenkranken gröfser, als bei der anästhetischen. Die Affektion besteht dort wesentlich in einer Infiltration, während sie bei der letzteren hauptsächlich durch Verletzungen bedingt ist. Unter den Erkrankungen der Augenlider findet sich knotige Infiltration der Lidhaut, Atrophie der Cilliarfollikel und paralytisches Ektropion, letzteres charakteristisch für die anästhetische Lepra. Die Affektionen der Conjunctiva sind repräsentiert durch einfache Conjunctivitis, Conjunctivitis granularis, durch knotige Infiltration und Pterygium. Von Erkrankungen der Cornea finden sich unter den 20 Patienten Keratitis, Ulceration und Infiltration. Von Iriserkrankungen finden sich nur Infiltration und durch dieselbe bedingte Iritis. Die Linse war in keinem Falle erkrankt. Tiefersitzende Augenaffektionen sind bei der Lepra selten und treten nur sekundär als Folgeerscheinungen der Corneo-Scleraerkrankungen auf. Von der Corneo-Scleralregion kann sich beispielsweise ein Infiltration auf die Ciliarnerven und auf die Retina fortsetzen und dadurch Erblindung herbeiführen.
C. Berliner-Aachen.

Behandlung der Lepra mit Klapperschlangengift, von Goldschmidt. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1901. No. 2.) Verfasser teilt mit, dafs schon vor 1894 Dr. Carreau in Guadeloupe über einen leprösen Brasilianer berichtet, der von einer Klapperschlange gebissen wurde und nach 24 Stunden starb: seine Leprome waren erheblich gebessert. Carreau schob diesen Erfolg auf das Methaemoglobin, welches durch den Schlangenbifs erzeugt wird; er gab daher einem anderen Patienten 45 g Chlorsaures Kalium, welches ebenfalls Methaemoglobinämie hervorruft: auch dieser Kranke wurde erheblich gebessert, nachdem er durch die Vergiftung erheblich krank gewesen war. Durch Tuberkulin wird auch eine Reaktion erzielt, die ähnlich wie beim Erysipel nach und nach die Hautdecken überzieht, aber dauernde Besserung erfolgt auch hier nicht. *F. Hahn-Bremen.*

b. *Tuberkulose.*

Behandlung isolierter Lupusknötchen durch Dilaceration mit nachfolgender Ätzung durch Chlorzinkkrystalle, von Derville-Lille. (*Presse méd.* 1901. No. 15.) Ein spitzes Bistouré wird in den Lupusknoten so tief hineingeführt, bis die stärker werdende Resistenz auf gesundes Gewebe schliefsen läfst. Dann führt man, indem man den Griff leicht fafst, rotierende Bewegungen aus. Die zwei haltenden

Finger brauchen keinerlei Druck ausüben. In diesen so gebildeten Trichter wird ein Krystall von Chlorzink hineingebracht und etwas niedergesperrt. Nach 4—5 Minuten wird dieses wieder entfernt und eine Auswaschung mit Liquor VAN SWIETEN vorgenommen. Der Schorf fällt nach 12—14 Tagen ab, unter ihm ist Vernarbung erfolgt. Das Zinkchlorid giebt zuweilen unregelmäfsige Narben, doch helfen in solchen Fällen Skarifikationen schnell ab. Aufserdem ist das Narbengewebe nach solcher Ätzung vielfach stark sklerosierend. *Hopf-Dresden.*

Zur Kenntnis der miliaren Hauttuberkulose (Tuberculosis miliaris s. propria cutis KAPOSI), von NOBL. (*Wien. med. Presse.* 1900. No. 3.) Verfasser bespricht die Symptomatologie der miliaren Hauttuberkulose. Als Prädilektionsstellen des Übels sind die Orificien, Lippen, Nasenflügel etc. zu bezeichnen. Die Ulcerationen stellen feinzackig begrenzte, seichte, schmerzhafte Substanzverluste dar, deren Fortschreiten bald durch den einfachen Zerfall der infiltrierten, ausgenagten Randzone verbreitet wird, bald aber schiefsen an den Rändern miliare Tuberkel auf, deren spätere Einschmelzung zur Ausbreitung des Geschwüres führt. Als eine Eigenheit dieser miliaren Tuberkuloseform wäre noch anzuführen, dafs namentlich an den Rändern derselben die Neigung zur papillären Wucherung besteht. Was den Bacillenbefund betrifft, so ist ein variables Verhalten zu verzeichnen, während bald das Sekret des Geschwüres und das Gewebe selbst in dichten Zügen von Bacillen invadiert erscheint, fahndet man ein anderes Mal vergeblich nach den spezifischen Mikrobien in den Krankheitsprodukten. Differentialdiagnostisch wäre das Carcinom und das Lupusgeschwür in Betracht zu ziehen. Die Prognose kann im allgemeinen nicht als eine zu ungünstige hingestellt werden. Verfasser hatte Gelegenheit, einen hierhergehörigen Fall zu beobachten. Bei dem 27jährigen Patienten, dessen anamnestische Daten mit Sicherheit auf das hereditäre Auftreten der Tuberkulose in seiner Familie schliefsen lassen, entwickelte sich vor nicht langer Zeit an der Unterlippe spontan ein Bläschen, das sich im Verlaufe von Monaten in ein bohnengrofses, fast infiltriertes Geschwür umwandelte, dessen Ränder mit miliaren Tuberkeln besetzt waren, durch deren Zerfall das Geschwür immer an Gröfse zunahm. Regionäre Drüsen waren intakt. Nach Kauterisation vernarbte allmählich das Geschwür, bis sich allmählich wieder in obengenannter Form um die Narbe herum Rezidive einstellten. Sowohl im Geschwürssekrete, als auch in den Gewebsschnitten, so auch im Sputum konnten nie Tuberkelbacillen nachgewiesen werden. Nach tiefer Verschorfung des Geschwüres mit dem Glüheisen heilte dasselbe vollständig. Verfasser betrachtet diesen Fall als eine idiopathische, primäre Hauttuberkulose (exogene Inokulationstuberkulose). Die meist vorhandene Tendenz zur raschen Ausscheidung, sowie die ständige Gefahr der Generalisierung des Krankheitsprozesses von der nur lokalen Manifestation aus und schliefslich die gewifs auch in Betracht zu ziehende Möglichkeit der Krankheitsübertragung auf andere Individuen läfst es als dringend geboten erscheinen, zu solchen Fällen aus der Reihe der therapeutischen Behelfe stets die radikalsten zur Hülfe zu nehmen. Wo es die Lokalisation und Ausbreitung des miliartuberkulösen Krankheitsherdes der Haut gestattet, sollte stets nur die gründlichste, auch die angrenzenden gesunden Randpartien umfassende Excision des Infektionsherdes in Vorschlag gebracht werden, denn nur von einer solchen ist die totale Ausschaltung aller schädlichen Substanzen zu erwarten und eine dauernde Restitutio ad integrum zu gewärtigen.
A. Alpár-Alexandria.

Die Erytheme der Tuberkulose, von P. RAYMOND-Montpellier. (*Progrès méd.* 1900. No. 33.) Verfasser geht von dem Grundsatze aus, dafs die Erytheme keine selbständigen Affektionen sind, sondern Hauterscheinungen im Verlaufe von Infektions-

krankheiten, Toxidermien, darstellen. Wie beim Typhus, der Cholera, der Syphilis etc. beobachtet man Erytheme, und zwar makulöse, papulöse, nodöse, polymorphe auch bei der Tuberkulose, jedoch keineswegs bei den torpiden Formen, sondern im akuten Stadium des Prozesses, bei der Miliartuberkulose. Verfasser ist der Ansicht, dafs auch der Lupus erythematosus an die Seite dieser Erytheme gestellt werden mufs. Er hält diese Dermatose aber keineswegs für eine Tuberkulose der Haut, sondern für ein tuberkulöses Erythem, das durch die Toxine der spezifischen Affektion hervorgerufen worden. Unter anderen Gründen hierfür führt er die Thatsache an, dafs sich öfters der tuberkulöse Lupus von WILLAN mit erythematösem Lupus kompliziert.

C. Müller-Genf.

Erythema induratum und Tuberkulose, von M. CARLE. (*Lyon méd.* 1901. No. 10.) Bei einer 49jährigen, seit Jahren an Husten, Katarrh und Heiserkeit leidenden Frau, bei der ein Jahr vorher ein cirkumskripter Lupus auf der linken Wange aufgetreten und durch Galvanokaustik zur Heilung gebracht worden war, beobachtete der Verfasser in der rechten Wange einen im subcutanen Zellgewebe gelegenen, haselnufsgrofsen, abgeplatteten, indolenten, ziemlich scharf umgrenzten, nach innen nicht adhärenten Tumor; derselbe war ziemlich hart, nur in der Mitte hatte man ein Gefühl von Fluktuation. Die Haut über dem Tumor liefs sich von diesem nicht abheben, war ödematös geschwollen und etwa in Zweimarkstückgröfse blaurot verfärbt. Das Ödem war ziemlich resistent, Fingerdruck hinterliefs keine Delle, machte aber die Haut blafs. Drüsenschwellung bestand nicht, auch keine Beschwerden irgend welcher Art. Die Affektion hatte sich ganz allmählich ohne akute Erscheinungen entwickelt. Die Diagnose lautete auf Erythema induratum. Die Induration wurde operativ entfernt, nach dem Durchschneiden der Haut traf man auf schlammige Massen, die nicht eingekapselt waren und mit Schere und Kurette beseitigt wurden. Der Verlauf war ein tadelloser. Die mikroskopische Untersuchung der entfernten Gewebsmassen ergab, dafs es sich um typische tuberkulöse Infiltration der tieferen Hautschichten und des Unterhautzellgewebes handelte. Zwei mit Geschwulstpartikelchen geimpfte Meerschweinchen gingen unter starker Abmagerung nach 14 Tagen zu Grunde; bei beiden fand sich lokale Abscefsbildung an der Impfstelle und Drüsenschwellung, bei dem einen aufserdem noch 4 oder 5 Tuberkelknötchen in der Leber; diese enthielten, ebenso wie die Abscesse, Tuberkelbacillen. Diesen Befunden zufolge gehört das Erythema induratum zu den bacillären Tuberkuliden. *Götz-München.*

In der medizinischen Gesellschaft zu Leipzig (*Münch. med. Wochenschr.* 1901. No. 8) sprach RIEHL über **Tuberkulide.** Die sogenannten Toxituberkulide oder Tuberkulide werden nach der Annahme der meisten Autoren durch Toxine verursacht, die von irgendwo am Körper befindlichen Tuberkelbacillen stammen und in die Haut gelangt sind. Diese Theorie ist nach RIEHLS Meinung eine vollständig unbewiesene Hypothese und für manche der zu den Tuberkuliden gerechneten Dermatosen direkt unwahrscheinlich. Einige der sogenannten Tuberkulide sind wahrscheinlich echte Tuberkulosen. Am plausibelsten wäre die Toxintheorie beim Lichen scrophulosorum; aber gerade hier wird sie mehrfach angefochten, weil manche Beobachter in den Knötchen Tuberkelbacillen gefunden haben. Andererseits beobachtete RIEHL des öfteren Lichen scrophulosorum bei nicht skrophulös-tuberkulösen Kindern nach Masern und Scharlach. Noch unwahrscheinlicher ist die Toxintheorie für den Lupus erythematosus: nach den klinischen Erfahrungen RIEHLS, wie nach den in der Litteratur veröffentlichten Sektionsbefunden bei Menschen mit Lupus erythematosus, findet sich in den meisten Fällen überhaupt keine Spur innerer Tuberkulose. DARIERS Ansicht,

dafs manche Tuberkulide ursprünglich Bacillentuberkulosen gewesen seien, bei denen die Bacillen zu Grunde gegangen sind, lehnt Riehl ab: solche Dermatosen sind wahre Tuberkulosen. *Götz-München.*

Die Tuberkulide, von K. Boeck. (*Wien. med. Presse.* 1900. No. 42.) Die enorme Ausbreitung der tuberkulösen Erkrankungen macht es wünschenswert, dieselben in allen ihren Manifestationen genau zu kennen, deren Erkenntnis die möglichst zeitliche Behandlung ermöglicht und sowohl für das einzelne Individuum als auch für die öffentliche Hygiene von Bedeutung sind, indem leicht verhindert werden kann, dafs die betreffenden Fälle in schwere kontagiöse ausarten, geeignet, neue Infektionen zu erzeugen und die Krankheit somit weiter zu verbreiten. Verfasser teilt die Tuberkulide in zwei Gruppen; in die erste gehören zwei klinische Formen, die er als unterdrückte Formen des Lichen scrophulosorum auffafst, und zwar das Ekzema scrophulosorum und die Pityriasis simplex de la face des enfants. In die zweite Gruppe gehören der Lupus erythematosus einschliefslich des sogenannten Lupus pernio, ferner die papulonekrotischen und die nodulösen Tuberkulide; sie alle stellen an und für sich eine fortlaufende Reihe von Affektionen dar, von denen sich eine an die andere kettenartig reiht. Den Lichen scrophulosorum sieht man häufig sich mit Ekzem komplizieren und unter gewissen Umständen eine völlig ekzematöse Umwandlung eingehen. Diese beiden Affektionen gehen so zu sagen eine in die andere über. Was nun den Zusammenhang der Pityriasis simplex mit dem Lichen scrophulosorum anbelangt, so glaubt Verfasser den Beweis auf Grundlage folgender Beobachtung zu führen: Man sieht mitunter, dafs ein solcher Lichen scrophulosorum, wenn er den Hals befällt, allmählich seine papulöse Beschaffenheit verliert, undeutlich wird, nur mehr kleine Maculae und abschuppende Plaques bildet, die mehr oder weniger hyperämisch sind, und wenn man die Affektion noch weiter hinauf verfolgt, auf Partien der unteren Gesichtshälfte, so nehmen die Efflorescenzen daselbst ausschliefslich diese Form an. Diese Umwandlung geht so langsam vor sich, dafs man darauf bedacht sein mufs, sie nicht zu übersehen. Es ist evident, dafs die Pityriasis simplex rings um Kinn und Mund ebenfalls zu dieser Affektion gehört. Mitunter können diese Maculae und Plaques gleichzeitig auch auf anderen Partien des Gesichtes getroffen werden.

Bezüglich des Lupus erythematosus hegt der Verfasser keinen Zweifel mehr, dafs die Tuberkulose eine wichtige Rolle in der Ätiologie desselben spielt. Diese bestätigt die klinische Erfahrung. Bei 53 Kranken mit Lupus erythematosus in Scheibenform konstatierte er 35 mal (66 %) teils noch bestehende Tuberkulose, teils evidente Merkmale der überstandenen Erkrankung. Hierfür sprechen auch die Beobachtungen, wo der Lupus erythematodes in Lupus vulgaris sich umwandelt, sowie auch Fälle, wo man eine Coincidenz beider Erkrankungsformen konstatieren kann. Ein bedeutendes Argument hierfür ist auch die so häufige Coincidenz des Lupus erythematodes mit anderen Tuberkuliden. Verfasser beobachtete 10 solcher Fälle, unter den anderen einen jungen Mann mit einem typischen Lupus erythematodes des Gesichtes, und was sehr selten vorkommt, mit gleichzeitigen scheibenförmigen Plaques auf beiden Handflächen, bei dem sich auf den Dorsalflächen der Hände und der Finger deutlich ausgebildete papulonekrotische Tuberkulide zeigten. Das, was an diesem Falle besonders auffällt, ist die Verschiedenheit der Affektionen an der Rücken- und Volarfläche desselben Individuums. *A. Alpár-Alexandria.*

Über die Tuberculosis verrucosa der Haut, von Senisi. (*Rif. med.* 1900. No. 1—4. IV.) Verfasser giebt eine ausführliche symptomatologische und histologische Beschreibung dieser Affektion an der Hand von einigen Fällen. Diese Beschreibung bringt an sich nichts neues, doch unterscheidet sich dieselbe dadurch von den bis-

herigen, daſs sie für die Entstehungsweise der Riesenzellen eine neue Auffassung enthält. Verfasser hält nämlich die Riesenzellen nicht für direkte Zellenabkömmlinge, sondern läſst dieselben aus den reichlich vorhandenen Gefäſsvegetationen entstehen, die sich als nur wenig lebensfähig erweisen. Diese Gefäſsneubildungen führen auch zu den zahlreichen Hämorrhagien innerhalb der Epidermis, welche Hämorrhagien sich in die durch den (infolge der allgemeinen Sepsis, verbunden mit der spezifischen Intoxikation) entstandenen Zellenverfall gebildeten Vacuolen ergieſsen.

C. Müller-Genf.

Über einen Fall von Lupus pernio der linken Ohrmuschel, von Ciarrocchi. (*Arch. ital. di otologia, rinologia e laringologia.* 1897. No. V.) Es handelt sich um einen 35jährigen Landarbeiter, bei dem die Affektion vor 16 Jahren begonnen hatte, mit Anschwellung der linken Ohrmuschel, intermittierendem Auftreten von kleinen Phlyktänen, Schuppen und Borken, sowie oberflächlichen Ulcerationen am Saume, die nach und nach zu einer teilweisen Zerstörung desselben geführt haben. Alle therapeutischen Bestrebungen blieben resultatlos, bis Verfasser auf den Gedanken verfiel, die Ignipunktur mit dem Paquelin und Reiskataplasmen mit Mineralwasser anzuwenden. Diese Ignipunkturen, welche monatlich einmal gemacht wurden, hatten einen ausgezeichneten Erfolg, wurden aber eigentümlicherweise jedesmal ohne Ausnahme von einer ekzematösen Eruption und einem Ausbruch von Erythema multiforme gefolgt, welche sich über Gesicht, Hals etc. bis auf die Finger ausbreiteten. Verfasser stellt seinen Fall an die Seite derjenigen von Kaposi, wo die Eruption nach Einreibung von Quecksilbersalbe auftrat, und von Lewin, wo das Erythem als die Folgewirkung von Erosionen im Urethralkanal anzusehen war. *C. Müller-Genf.*

In der Société médicale de Lyon (*Lyon méd.* 1901. No. 7) sprach Gauthier über einen **Fall von tuberkulösem Panaritium.** Der Fall betraf eine Wäscherin, die sich bei der Einkleidung einer Leiche in den rechten Zeigefinger gestochen hatte. Aus dem Stich entwickelte sich ein eiternder Leichentuberkel, gleichzeitig entstand oberhalb des Ellenbogens eine kleine, sehr schmerzhafte Lymphdrüsengeschwulst. Die erkrankten Partien wurden exstirpiert, die mikroskopische Untersuchung bestätigte, daſs es sich an beiden Stellen um lokale Tuberkulose handelte. Die Operationswunde am Arm schloſs sich nicht, es kam zu starker Eiterung, oberflächlicher Induration und Fistelbildung, zudem war die Palpation sehr schmerzhaft. Auskratzen mit dem scharfen Löffel bewirkte endlich Vernarbung. Späterhin muſste dann noch eine oberhalb des Condylus internus gelegene geschwollene Lymphdrüse, die heftige Schmerzen verursachte, exstirpiert werden; diese Drüse war ebenfalls tuberkulös erkrankt und mit einem Ast des Nervus cutaneus brachii medialis verwachsen.

Götz-München.

Die Dermosapolpräparate und die dermatische Therapie der Tuberkulose und Skrofulose, von B. Rohden. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1901. No. 7.) Dermosapol ist eine nach einem besonderen Verfahren hergestellte überfettete Seife, die eine ganze Reihe von medikamentösen Zusätzen verträgt. Verfasser benutzte diese Präparate bei einer ganzen Reihe von Tuberkulösen, resp. Skrofulösen in Lippspringe nach Art der Schmierkur („dermatische Methode") und war mit den erreichten Erfolgen sehr zufrieden. Die Resorption des z. B. aufgeschmierten Perubalsams, Jodkaliums etc. lieſs sich sicherstellen. *F. Hahn-Bremen.*

Seine **Untersuchungen über Veränderungen des lupösen Gewebes bei der Lichtbehandlung nach Finsen** teilte Gelbowsky in der Petersburger Medico-chirurgischen Gesellschaft am 12. Okt. 1900 mit. Vortragender demonstrierte seine Heilerfolge an drei Lupuskranken; bei einem Patienten ist die Heilung vollendet; die

drei übrigen stehen noch in Behandlung und lassen die verschiedenen Stadien der Besserung deutlich erkennen und mikroskopisch studieren. Während die nach der ersten Sitzung sofort hergestellten mikroskopischen Präparate das bekannte Bild des Lupus mit allen Zeichen der Entzündung zeigten, bemerkt man nach Ablauf der Entzündungserscheinungen Hyperplasie des Gefäßendothels und verstärkte Bildung von Vakuolen und Riesenzellen; nach der zweiten bis dritten Sitzung sieht man besonders in der obersten Hautschicht spindelförmig ausgezogene Zellen, während in der Tiefe noch die Tuberkel mit den Riesenzellen und viel Vakuolen sichtbar sind; die Zahl der Gefäße hat zugenommen. Nach der sechsten Sitzung findet man in den Präparaten nichts mehr von den typischen Tuberkeln mit den Riesenzellen, sondern nur zahlreiche Gefäße, inselförmig zerstreut mitten in jungem Bindegewebe, wenige Rundzellen und starke Schwellung der Gefäßendothelien. — Zum Schluß macht Vortragender auf die guten kosmetischen Resultate, die bei der Lichtbehandlung gewonnen werden, aufmerksam. — In der Diskussion bemerkt Petersen, daß Vortragender als Erster die durch Lichttherapie erzielten Veränderungen des lupösen Gewebes sorgfältig studiert hat, und sah auch bei dieser Methode bessere Erfolge, als bei der chirurgischen Behandlung. Weljaminow wirft die Frage auf, worin die Wirksamkeit des Lichtes bestehe. Während Finsen alles der baktericiden Kraft des Lichtes zuschreibt, meint Redner, daß es sich hier auch um die Wirkung auf die Zellen selbst handle. Untersuchungen in dieser Richtung sind bis jetzt nur von Möller gemacht worden und beziehen sich nur auf die Wirkung des Lichtes auf die gesunde Zelle; Vortragender habe nun zuerst die Wirkung auf die kranke Zelle nachgewiesen.

H. Löwensohn-Riga.

Tuberkulin bei der Behandlung des Lupus vulgaris, von E. F. Maynard. (*Brit. med. Journ.* 22. Dez. 1900.) Die 40jährige Patientin ist vor sieben Jahren wegen tuberkulöser Erkrankung des linken Ellenbogengelenkes operiert worden. Seit drei Jahren leidet sie an Lupus der Nase, der mit Ätzmitteln und Auskratzungen behandelt wurde, jedoch immer wieder recidivierte und sich weiter ausbreitete. Verfasser versuchte es nunmehr mit dem alten Tuberkulin. Am 6. Mai 1899 wurden 0,001 ccm Tuberkulin in den Vorderarm eingespritzt. Am 7. Mai war die Injektionsstelle geschwollen, gerötet, schmerzhaft, am 8. Mai die Nase. Die Patientin fieberte und klagte über Kopfschmerzen, Übelkeit und allgemeines Unwohlsein. Irgendwelche Anzeichen von entzündlicher Reaktion im linken Ellenbogen oder in den Lungen waren nicht vorhanden. Alle vier Tage wurde die Dosis verstärkt und war jedesmal von Fieber, Schwellung der Nase und allgemeinem Unwohlsein gefolgt. Nachdem 0,005 ccm eingespritzt worden waren, trat, bis 0,007 ccm erreicht wurden, keine Reaktion auf, dann aber schwoll die Nase wieder an und näßte. Die Temperatur stieg auf 38,5, um am nächsten Tage wieder zur Norm zurückzukehren. Dann kam von neuem eine reaktionslose Periode, bis 0,8 ccm erreicht waren. Schwache Reaktionen folgten dann bei jeder Injektion bis zur Dosis von 0,09 ccm. Weitere Verstärkungen bis 0,1 ccm erzielten, obgleich jedesmal ein frisches Fläschchen geöffnet wurde, keine Reaktion mehr. Die Nase war vollständig heil. Im August 1900, also nach fünfvierteljähriger Behandlung wurde die Patientin entlassen. Bis Oktober 1900 waren keinerlei Anzeichen eines Recidivs vorhanden. Ob ein solches dauernd ausbleiben wird, bleibt abzuwarten. Jedenfalls hat sich in dem vorliegenden Falle das alte Tuberkulin als ein sehr brauchbares Mittel gegen den Lupus erwiesen.

C. Berliner-Aachen.

Röntgenstrahlen bei Lupus, von C. Th. Holland. (*Brit. med. Journ.* 22. Dez. 1900.) Der Verfasser berichtet über zwei Fälle von Lupus des Gesichts der mit X-Strahlen behandelt und geheilt wurde. *C. Berliner-Aachen.*

Die Behandlung des Lupus mit Röntgenstrahlen, von R. E. Scholefield. (*Brit. med. Journ.* 5. Mai 1900.) Der Verfasser beschreibt einen Fall von Lupus vulgaris bei einem 18jährigen jungen Manne, dessen Nase in entstellenderweise von der Affektion ergriffen war. Ehe er sich zu einem chirurgischen Eingriffe entschloſs, versuchte er es mit Röntgenstrahlen. Das Gesicht des Patienten wurde, mit Ausnahme der Nase, durch eine Kautschukmaske verdeckt und in einer Entfernung von 5—6 Zoll von der Röhre für 10 Minuten lang den X-Strahlen ausgesetzt. Die Sitzungen wurden den ganzen Monat August hindurch jeden zweiten Tag vorgenommen. Die exponierte Haut nahm einen trockenen, schuppigen Zustand an und schälte sich ab. Fünf Wochen lang wurde hierauf die Behandlung ausgesetzt. Am 9. Oktober war von Lupus kaum noch etwas zu sehen. Da aber einige unscheinbare rötliche oder bräunliche Knötchen oben an der Nase sich zeigten, so wurden die Sitzungen jeden zweiten Tag bis zum Monat November wieder fortgesetzt bis eine vollständig glatte Haut erzielt wurde. Die beigegebenen Bilder, vor und nach der Behandlung aufgenommen, illustrieren den wunderbaren Effekt der X-Strahlen.

Von Interesse in dem vorliegenden Falle ist, daſs bei dem Patienten die Nachtschweiſse, an denen er seit Monaten gelitten, durch die Behandlung zum Schwinden gebracht wurden. Ob auch die Lungen vor Beginn der Sitzungen affiziert waren, vermag Verfasser, mangels einer Untersuchung, nicht zu sagen. Nach Beendigung der Behandlung waren keine Anzeichen von Lungentuberkulose vorhanden. Verfasser schöpft auf Grund des vorliegenden Falles die Hoffnung, daſs, wie die Hauttuberkulose, auch vielleicht die Lungentuberkulose durch die X-Strahlen günstig beeinfluſst werden würde. *C. Berliner-Aachen.*

Zur Behandlung des Lupus mittelst heiſser Luft, von Hollaender. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1901. No. 4.) Daſs die vom Verfasser angegebene Methode noch nicht mehr Anhänger hat, liegt nach seiner Überzeugung an der Unkenntnis der Technik und an der früher nicht vollkommen gelösten Frage der Instrumentik. Verfasser bedient sich seit einem Jahre eines Apparates, der mit dem von Werther empfohlenen fast identisch ist, und der ihm von Schwabe in Moskau geliefert wurde; im wesentlichen handelt es sich um einen Paquelin, der als Ofen dient, und eine durch diesen erhitzte separate, seitlich in den Brenner eingefügte Hohlschlange, die den Luftstrom liefert. *F. Hahn-Bremen.*

Die Erfolge der an 74 Lupuskranken ausgeführten Radikalexstirpation, von Remmer. (*Wien. med. Presse.* 1900. No. 15—19.) Diese Methode wurde namentlich bei ganz kleinen Krankheitsherden im Gesichte seit vielen Jahren von Chirurgen geübt, von den Dermatologen jedoch unbeachtet gelassen. Prof. Lang gebührt das Verdienst, dieser Methode Eingang in die Dermatologie verschafft zu haben; er hat die Exstirpation des Lupus mit nachfolgender Plastik zu einer rationellen Behandlungsmethode ausgebildet. Die Exstirpation wird auf der Abteilung Prof. Langs seit dem Jahre 1892 geübt; es wurden bis nun 74 Fälle operiert. Über 52 Fälle berichtet eingehend Prof. Lang in seiner 1898 erschienenen Monographie: „Der Lupus und dessen operative Behandlung.“ Seit dieser Zeit wurden noch 22 Fälle operiert, deren ausführliche Krankengeschichten und das Endresultat Verfasser in dieser Arbeit wiedergiebt. Von sämtlichen bisher operierten Kranken konnten 52 kontroliert werden, von diesen blieben 35 recidivfrei, bei den anderen traten kleine Herde in der Umgebung der operierten Stelle auf, die ebenfalls operativ beseitigt wurden. Die Beobachtungsdauer der Recidivfreiheit betrug $^1/_2$—$6^3/_4$ Jahre und zwar bei zehn Fällen bis zu einem Jahre, bei elf bis zu zwei Jahren und bei den restlichen Fällen von über zwei Jahre bis über sechs Jahre. Solch günstige Resultate quoad sanationem wurden auch nicht

annähernd mit den sonst üblichen Behandlungsmethoden erzielt. Die Exstirpation des Lupus und plastische Deckung des Defektes ist bisher die einzig verläfsliche Methode, mittelst welcher fast mit Sicherheit dauernde Heilung herbeigeführt werden kann, wenn mit der nötigen Vorsicht und Gründlichkeit vorgegangen wird. Die Vorteile der Methode sind: Kurze Behandlungsdauer, guter kosmetischer Effekt. Man sollte daher meinen, dafs die Exstirpationsmethode sich allgemeiner Anerkennung und Anwendung erfreue, was aber nicht der Fall ist. Es werden noch immer Lupuskranke wochen- und monatelang behandelt, die einen mit ätzenden Salben und Pflastern, andere werden geschabt, gestichelt oder gebrannt, das Endresultat bildet dann nach monatelanger mühevoller Behandlung selten dauernde, gewöhnlich nur vorübergehende Heilungen oder gar nur Besserungen, denen alsbald Recidive auf dem Fufse folgen. Bei vielen der operierten Kranken ist die Behandlungsdauer vor der Operation erforscht, sie schwankt zwischen $1^1/_2$—41 Jahren, während die der Operation eine Woche bis längstens zwei Monate anhielt, sie hängt natürlich von der Ausbreitung des Lupus ab. Mitunter und nicht sogar selten kann man beobachten, dafs der lupöse Prozefs unter den übrigen Behandlungsmethoden, anstatt zum Stillstande oder zur Verödung zu gelangen, weitere Fortschritte macht, sich immer mehr und mehr ausbreitet. In den meisten Fällen beginnt ja der Lupus mit einem kleinen unscheinbaren Knötchen, solche Fälle fordern umsomehr den behandelnden Arzt direkt zur Exstirpation auf infolge ihrer geringen Ausdehnung und scharfen Begrenzung, da dieselbe in diesen Fällen, auch ohne besondere chirurgische Schulung zu besitzen, leicht auszuführen ist. Verfasser hofft nun, dafs in kurzer Zeit die Exstirpationsmethode Gemeingut aller derjenigen wird, die sich mit der Heilung des Lupus beschäftigen.

A. Alpár-Alexandria.

Verschiedenes.

In der Gesellschaft der Charitéärzte vom 12. Juli 1900 (*Berl. klin. Wochenschr.* 1900. No. 29) stellt Bruhns einen interessanten Fall einer scheinbaren **Urticaria pigmentosa** bei einer 27jährigen Patientin vor, welche aber in vielen Punkten von der Norm abwich, indem sie nicht juckt und erst in so spätem Alter auftritt, dafs die Diagnose zweifelhaft bleibt. Die Therapie erwies sich als machtlos. Eine spätere Untersuchung ergab, dafs es sich nicht um Urticaria, sondern um leukämische Tumoren gehandelt hatte. Ferner zeigt B. einen Fall von **Lues hereditaria** nebst dazugehörigem Röntgogramm und schliefslich eine Melkerinfektion in Form von **Melkerknoten**. Es entstanden an den Fingern beider Hände blaurote, ziemlich steil abfallende Erhebungen mit sichtbarer Fluktuation, die sich bald zu Blasen ausbildeten und sich später öffneten, jedoch unter Umschlägen mit essigsaurer Thonerde und indifferenten Salben schnell heilten. Die untersuchten Kühe wurden gesund befunden. Wahrscheinlich lag eine Form von Vaccine vor. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXXIII. No. 9. 1. November 1901.

Aus der bakteriologischen Abteilung (Dr. Gerlach) des Institutes für Chemie und Hygiene von Prof. Meineke u. Gen. in Wiesbaden.

Untersuchungen über die parasitäre Natur des Ekzems und über das Staphylotoxin-Ekzem.

Von

Dr. M. Bockhart-Wiesbaden.

Vor kurzem wurden in diesen Monatsheften experimentelle Untersuchungen veröffentlicht, die Bender, Gerlach und ich über die Beziehungen der Eiterkokken zum Ekzem angestellt haben.[1] Wir hatten damals u. a. gefunden, dafs das Staphylokokkentoxin, das in den Filtraten von Bouillonkulturen der Staphylokokken enthalten ist, auf der menschlichen Haut Ekzem hervorruft und zwar für sich allein, ohne Teilnahme der Staphylokokken. Wir hatten ferner gefunden, dafs das in den Staphylokokkenleibern enthaltene Gift für sich allein wirkend — ohne Mitwirkung des Staphylokokkentoxins — auf der menschlichen Haut Eiterung erregt und so einige bekannte akute Eitererkrankungen der Haut hervorruft (Impetigo stophylogenes, Furunkel etc.). Wir konnten feststellen, dafs das Staphylokokkentoxin, oder wie es gewöhnlich genannt wird, das Staphylotoxin, auf der Haut immer nur Ekzem und nie Eiterung macht; dafs dagegen das in den Staphylokokkenleibern enthaltene Gift, das Staphyloplasmin,[2] nie Ekzem, sondern immer nur Eiterung erregt. Wir konnten schliefslich die merkwürdige Thatsache beobachten, dafs in Gegenwart des Staphylotoxins das Staphyloplasmin keine primäre pathogene Wirkung entfaltet und dafs unter dieser Bedingung nur ein Ekzem entsteht. Durch fortgesetzte Untersuchungen konnte ich noch einige weitere Beobachtungen über dieses Ekzem anstellen. Ich werde dieses Ekzem im Folgenden das Staphylotoxin-Ekzem nennen.

[1] XXXIII. Band, S. 149 ff.

[2] Zur Bezeichnung des in den Staphylokokkenleibern enthaltenen Giftes gebraucht man wohl am besten diesen Buchnerschen Ausdruck.

Das Staphylotoxin ist bekanntlich ein sehr giftiger Körper. Bei den eben erwähnten Experimenten, die ich in Gemeinschaft mit Bender und Gerlach am eigenen Körper unternommen habe, beobachteten wir immer nur eine lokale Wirkung des Staphylotoxins. Eine allgemeine Giftwirkung dagegen, wie wir sie anfangs befürchteten, hatten wir nicht wahrgenommen. Bei zwei späteren Staphylotoxin-Impfungen, die ich an mir vornahm, beobachtete ich jedoch eine ziemlich heftige Wirkung dieses Giftes auf den ganzen Organismus. Am 3. August impfte ich mich mit einem Kulturfiltratverbande auf den linken Oberarm. Am 4. August war an der Impfstelle ein papulöses Ekzem entstanden. In der Nacht vom 3. auf den 4. August aber trat allgemeines Übelbefinden ein, Kopfschmerz, Schwindelgefühl und Brechneigung; hierauf Ausbruch von kaltem Schweifs am ganzen Körper und bedeutende Herzschwäche. Diese Symptome von Vergiftung schwanden langsam nach einer Ätherinjektion und waren am Mittag des 4. August ganz vorübergegangen. Sie entstanden in der Nacht vom 3. auf den 4. August zugleich mit dem Gefühle von Jucken und Brennen an der Impfstelle, also während das Ekzem sich entwickelte. Ich hielt diese unangenehme Wirkung des Staphylotoxins für zufällig entstanden. Ich beobachtete sie jedoch noch einmal am 30. August. An diesem Tage impfte ich mich — um die kombinierte Wirkung von isolierten Staphylokokkenleibern und von Staphylotoxin zu studieren — auf den rechten Oberarm zuerst mit zwei Platinösen voll Kokkenleibern. Über die auf die Haut kräftig eingeriebenen Kokkenleiber kam ein Kulturfiltratverband. Das Kulturfiltrat stammte aus einer Aureuskultur. Die Kokkenleiber stammten ebenfalls aus einer Bouillonkultur des Staphylococcus pyogenes aureus, die durch ein gehärtetes Filter filtriert worden war. Die auf dem Filter zurückgebliebenen Kokkenleiber waren mit destilliertem Wasser ausgewaschen worden. Auch in diesem Falle blieb das Staphyloplasmin wirkungslos; es entstand durch die Impfung keine Spur von Eiterung, keine Impetigo, sondern, als Resultat der Staphylotoxin-Wirkung, nur Ekzem: am 31. August hatte sich auf der Impfstelle ein heftiges papulöses Ekzem entwickelt. In der Nacht vom 30. auf den 31. August traten wiederum die gleichen Vergiftungserscheinungen ein wie am 3. August, nur ein wenig geringer.

Es ist zweifellos, dafs bei diesen zwei Experimenten Staphylotoxin durch die Epidermis in den Kreislauf gelangt war. Im ersten Falle, am 3. August sogar durch die intakte, nicht irritierte Epidermis. Es ist leicht erklärlich, dafs unter einem Kulturfiltrat-Verbande, der 24 Stunden lang auf der Haut liegt, eine gewisse kleine Menge von Staphylotoxin durch die Epidermis hindurchdringen kann. Denn unter diesem feuchtwarmen Verbande quillt die Hornschicht auf und der Zusammenhang der Epidermiszellen lockert sich. Am meisten dürfte das geschehen an den

Mündungen der Follikel, die in der That, wie ich gleich zeigen werde, die Pforten sind, durch die das Staphylotoxin am leichtesten in die Haut eindringt. Wenn auch die Lockerung der Epidermiszellen unter dem Kulturfiltrat-Verbande aufserordentlich gering ist — mit bloſsem Auge ist sie jedenfalls nicht wahrzunehmen — so genügt sie doch wohl manchmal, um geringe Mengen des Staphylotoxins durch die Haut hindurch in den Kreislauf gelangen zu lassen.

Reibt man Staphylotoxin enthaltendes Kulturfiltrat auf die intakte Epidermis ein, ohne nachher einen Verband über die Impfstelle zu legen, dann sieht man nach kurzer Zeit eine lebhafte Hautentzündung ausschliefslich um einzelne Follikel herum entstehen; die übrige Epidermis bleibt normal. Einen solchen Versuch habe ich an mir angestellt.[3] Er beweist, dafs das Staphylotoxin am leichtesten, wenn auch nicht ausschliefslich, durch die Mündungen der Follikel in die Haut eintreten kann. Unter dem Kulturfiltratverbande entstehen übrigens Ekzempapelchen und Ekzembläschen nicht nur um die Mündungen der Follikel herum, sondern auch unabhängig von den Follikelmündungen.

Das Staphylotoxin scheint seine ekzemerregende Eigenschaft durch Erhitzen auf mehr als 60° C. zu verlieren. Aus einem Kölbchen Aureus-Kulturfiltrat nahm ich 3 ccm heraus und erhitzte sie auf 62° C.; damit impfte ich mich auf den linken Arm. Das Resultat dieser Impfung war gänzlich negativ. Mit der gleichen, aber nicht erhitzten, Menge Kulturfiltrat aus dem nämlichen Kölbchen impfte ich mich auf den rechten Arm und bekam hier ein papulöses Ekzem. Van de Velde[4] fand, dafs einer der Bestandteile des Staphylotoxins, das Leukocidin, durch Temperaturen über 57° C. zerstört wird. Vielleicht ist die ekzematophore Wirkung des Staphylotoxins an diesen negativ chemotaktisch wirkenden Körper gebunden. Jedenfalls wirkt auf der menschlichen Haut das ganze Gemisch von Staphylokokkengift, das wir Staphylotoxin nennen, ebenfalls negativ chemotaktisch. Da ferner das Staphylotoxin offenbar seine ekzemerregende Eigenschaft bei der Temperatur einbüfst, bei der das Leukocidin seine Giftigkeit verliert, so darf man, wie gesagt, vermuten, dafs es eben das Leukocidin ist, das Ekzem macht.

Sowohl bei den Versuchen, die Bender, Gerlach und ich anstellten, als auch bei meinen späteren Impfversuchen mit Staphylotoxin, sah ich auf der Haut als Wirkung dieses Giftes nie schwerere Entzündungen entstehen als Ekzem, in specie nie Nekrose. Wir wissen aus den Ver-

---

[3] l. c. S. 158 und 159.

[4] van de Velde, Etude sur le mécanisme de la virulence du staphylocoque pyogène. La Cellule. T. X f. 2. 1894. Neisser und Wechsberg fanden, dafs das Leukolidin schon bei 50° C. in 20 Minuten zerstört wird. *Zeitschr. f. Hygiene u. Infektionskrankh.* 1901. 36. Bd., III. Heft.

suchen von Brieger und Fraenkel, Rodet und Courmont und von Lingelsheim,[5] dafs Staphylotoxin, unter die Haut von Tieren eingespritzt, schwere Gewebsveränderungen, nämlich heftige lokale Nekrose macht. von Lingelsheim bezeichnet deshalb das Staphylotoxin als eine Substanz von stark nekrotisierender Wirksamkeit.

Die Formen von Ekzem, die durch unsere Staphylotoxin-Versuche entstanden, waren die beiden primitiven Ekzemformen, die Ekzempapel und das Ekzembläschen. Nun war es interessant, dafs ich durch dasselbe Staphylotoxin immer nur papulöses Ekzem bekam, während auf der Haut der beiden anderen Beobachter durch das gleiche Staphylotoxin teils vesikulöses, teils papulo-vesikulöses Ekzem entstand. Dieser Umstand beweist, dafs die Entstehung der genannten beiden Elementarformen des Ekzems nicht durch die Qualität des Ekzemerregers, sondern durch die individuelle Beschaffenheit der Haut bedingt ist.

Frische, mit klarem Serum gefüllte Bläschen des Staphylotoxin-Ekzems waren, wie Bender, Gerlach und ich gefunden haben, steril. Sie enthielten keine Staphylokokken und keine ausgewanderten Leukocyten, sondern nur Serum und einige Epithelzellen. In einem späteren Stadium des Staphylotoxin-Ekzems fanden sich keine sterilen Bläschen mehr, sondern alle Bläschen waren dann mit einem weifslich getrübten (leukoserösen) Inhalt erfüllt und enthielten auch Leukocyten und Staphylokokken. Die Kokken waren also nachträglich eingewandert: sekundäre Infektion. Je mehr Staphylokokken ein solches Bläschen enthielt, um so mehr Leukocyten fanden sich auch. Rein eitrig jedoch, also zur impetigoähnlichen Pustel, wurden diese Bläschen nicht. Indessen waren nicht alle frischen Bläschen des Staphylotoxin-Ekzems nur mit klarem Serum erfüllt und steril. Nicht wenige frische, junge Bläschen sah ich bei jedem Impfexperiment von vornherein mit weifslich getrübtem Inhalt erfüllt. Das Serum dieser Bläschen enthielt von vornherein einige Leukocyten und Staphylokokken. Diese Thatsache ist für die Beurteilung der Unnaschen Theorie von der parasitären Natur des Ekzems wichtig.

Um die anatomische Struktur der Papeln des papulösen Staphylotoxin-Ekzems kennen zu lernen und um zu erfahren, wie sie sich den Staphylokokken gegenüber verhalten, liefs ich mir zum Zwecke der mikroskopischen Untersuchung am 4. August von Herrn Dr. König ein Stückchen Haut aus meinem linken Oberarm ausschneiden. Das Hautstückchen enthielt mehrere Papeln. Es stammte von einer Hautstelle, die am Tage vorher mit Staphylokokken-Kulturfiltrat geimpft worden und auf der ein papulöses Staphylotoxin-Ekzem entstanden war. Das ausgeschnittene Hautstück

[5] von Lingelsheim, Ätiologie und Therapie der Staphylokokkeninfektion. 1900.

wurde in Alkohol gehärtet und mit dem Mikrotom geschnitten. Die Schnitte wurden teils mit Hämatoxylin, teils mit Karmin, teils mit Methylenblau, teils nach der GRAMschen und nach der KÜHNEschen Methode gefärbt.

Die mikroskopische Untersuchung der Schnitte ergab folgendes Resultat: Die Haut zwischen den Papeln war normal. Dagegen war sie krankhaft verändert im Bereiche der Papeln. Hier waren die Papillen der Cutis breiter, ein wenig kolbig, geschwollen. Die Blutgefäfse und die Lymphspalten der Papillen waren dilatiert. Über und dicht neben diesen ödematösen Papillen waren die Hornschicht, das Stratum lucidum und das Stratum granulosum nicht verändert. Von der MALPIGHIschen Schicht wies der oberste Teil des Stratum filamentosum keine wesentliche Veränderung auf. Aber die unteren zwei Drittel des Stratum filamentosum und das ganze Stratum germinativum waren sehr verändert. Die cylindrischen Zellen des Stratum germinativum waren geschwollen und in ihrem Zusammenhang gelockert; an manchen Stellen waren sie stark zerklüftet, so dafs sie dort nur wenig Zusammenhang unter einander hatten. Auch die Zellen des Stratum filamentosum waren zerklüftet, in ihrem Zusammenhang gelockert; ein Teil von ihnen zeigte deutliche parenchymatöse Schwellung. Die Zwischenräume zwischen den einzelnen gelockerten Zellen und Zellgruppen des Stratum germinativum waren relativ grofs. Stellenweise hatte es den Anschein, als ob eine von unten nach oben wirkende Kraft die Zellen dieser Schicht auseinandergedrängt hätte. Im Stratum filamentosum waren die Zwischenräume zwischen den einzelnen Zellen kleiner als im Stratum germinativum. Hier waren diese erweiterten, mit Serum ausgefüllten Zwischenräume offenbar dilatierte Lymphspalten. Die Intensität der pathologischen Veränderung der Epidermis wurde von unten, von der Spitze der Papillen an, nach oben zu allmählich geringer. Ausgewanderte Leukocyten fanden sich in keinem Präparate. Bakterien, in specie Staphylokokken, konnten in keinem Präparate nachgewiesen werden.

Es handelte sich also bei diesen Präparaten um ein Ödem des Papillarkörpers, um ein parenchymatöses Ödem eines Teiles der Epidermiszellen und um ein interepitheliales Ödem der Epidermis.

Vergleicht man diesen soeben beschriebenen Befund mit UNNAS klassischer Darstellung der mikroskopischen Anatomie des Ekzembläschens,[6] so sieht man leicht, dafs die Papel des Staphylotoxinekzems gewissermafsen nichts anderes ist, als ein unvollendetes, nicht fertig gewordenes Ekzembläschen. Mit der Papel des Staphylotoxinekzems verhält es sich

[6] UNNA, Histopathologie der Hautkrankheiten. 1894. S. 194 ff.

aber wie mit jedem anderen echten papulösen Ekzem: das papulöse Ekzem stellt, um mit SABOURAUD[7] zu sprechen, ein abortives Bläschenekzem dar. Die Primitiveruption des Ekzems ist, wie SABOURAUD sich treffend ausdrückt, ein dermisches Papillarödem. Transsudiert dieses Ödem durch die Epidermis, dann entwickelt sich ein interepitheliales Ödem, das sich abschließend und sammelnd das Ekzembläschen bildet. Kommt es nicht zur Bläschenbildung, dann entsteht die Ekzempapel, das abortive Ekzembläschen.[8]

In den vorhin beschriebenen Präparaten des papulösen Staphylotoxinekzems konnte man mit großer Deutlichkeit erkennen, daß in der That die Reaktion der Haut gegen das Staphylotoxin mit der Bildung des Papillarödems begann, mit dem Austritt von Serum aus den dilatierten Blutgefäßen und Lymphspalten des Papillarkörpers. Aus den ödematösen Papillen hatte sich alsdann das Serum auf die Epidermis gestürzt und hier in und zwischen den Zellen die beschriebenen Veränderungen hervorgerufen. Berücksichtigt man nun noch, daß sich in diesem ödematösen Gewebe durchaus keine ausgewanderten Leukocyten befanden, dann erkennt man sofort, daß wir in der Papel des Staphylotoxinekzems das überaus klare Bild einer einfachen, durch negative Chemotaxis entstandenen Entzündung vor uns haben. Beim frischen, sterilen Bläschen des Staphylotoxinekzems verhält es sich natürlich ebenso. Statt mit dem Ausdruck „negative Chemotaxis" bezeichnet man den hier stattfindenden pathologischen Vorgang besser mit dem Ausdrucke „Serotaxis", einer von UNNA eingeführten sehr glücklichen Bezeichnung.[9]

UNNA hat nachgewiesen, daß die drei Elementarformen eines jeden Ekzems (Parakeratose, Papel, Bläschen) durch Serotaxis entstehen. Die mikroskopische Untersuchung der Papel des Staphylotoxinekzems beweist also, daß diese Elementarform des genannten Ekzems sowohl ihrem histologischen Baue nach als auch der Art ihrer Entstehung nach identisch ist mit der als Papel bezeichneten Elementarform des Ekzems überhaupt. Das Gleiche ist selbstverständlich auch mit dem Bläschen des Staphylotoxinekzems der Fall.

Das Bläschen und die Papel des Staphylotoxinekzems repräsentieren also den Effekt der einen Wirkung des Staphylococcus, der Wirkung seiner Exkretionsprodukte, des Staphylotoxins, das negativ chemotaktisch oder serotaktisch wirkt. Die Impetigopustel aber stellt den Effekt der anderen

---

[7] SABOURAUD, Internat. Dermatologenkongreß. Paris 1900. Referiert in *Annales de Dermat. et de Syph.* 1900 und in der *Dermat. Zeitschr.*, 1901.

[8] SABOURAUD, l. c.

[9] UNNA, l. c. und: Entzündung und Chemotaxis. Arbeiten aus UNNAS Klinik für Hautkrankheiten. 1894.

Wirkung des Staphylococcus dar, der Wirkung des im Bakterienleib enthaltenen Giftes, des Staphyloplasmins, das positiv chemotaktisch oder leukotaktisch wirkt. Das ist eine höchst merkwürdige Thatsache der Pathologie.

Die mikroskopische Untersuchung der Papel des Staphylotoxinekzems und der serotaktischen Vorgänge, die zu ihrer Entstehung führen, machen die schon früher ausgesprochene Ansicht wahrscheinlicher, dafs es das Leukocidin ist, das die Serotaxis bewirkt. Das Leukocidin, als Leukocytengift, scheint, während es auf die Haut wirkt, die Leukocyten abzustofsen, an der Auswanderung aus den Blutgefäfsen zu verhindern und nur den Austritt ganz leukocytenfreien Serums aus den Gefäfsen zuzulassen.

Bei der mikroskopischen Untersuchung der frischen Papeln des Staphylotoxinekzems zeigte sich, wie ich schon bemerkt habe, dafs sie absolut steril waren, keine Bakterien enthielten. Auch das frische Bläschen des Staphylotoxinekzems ist häufig, aber nicht immer steril. Wir wissen auch aus den Untersuchungen einer Reihe von Forschern wie Sabouraud,[10] Scholtz und Raab,[11] Kreibich[12] u. a., dafs man bei allen Ekzemen frische Bläschen finden kann, die steril sind. Dieser Umstand, dafs es nämlich frische Ekzembläschen giebt, die sicher keine Bakterien enthalten, war das Hauptargument aller Gegner der Unnaschen Theorie von der parasitären Natur des Ekzems. Ich mufs hier nochmals betonen, dafs man beim vesikulösen und beim papulo-vesikulösen Staphylotoxinekzem auch ganz frische Bläschen findet, die sicher vom Beginn ihrer Entstehung an schon Leukocyten und Staphylokokken enthalten. Bender, Gerlach und ich[13] haben früher geglaubt, das ganz frische, mit serösem Inhalt gefüllte und sterile Bläschen sei das primäre, alle mit weifslich getrübtem Inhalt erfüllten seien sekundär infiziert. Wir haben uns aber später mit Sicherheit davon überzeugt, dafs es neben den sterilen Bläschen auch solche primäre Bläschen giebt, die sogleich als leukoseröse entstehen und Staphylokokken enthalten. Und bei allen echten akuten Bläschenekzemen findet man neben sterilen, mit wasserklarem Inhalt erfüllten Vesikeln auch solche Vesikel, die schon von vornherein Kokken und Leukocyten enthalten. Ich will auch nicht behaupten, dafs beim papulösen Staphylotoxinekzem alle Papeln von vornherein steril sind. Nur die von mir untersuchten Papeln waren steril. Sicher giebt es beim papulösen Staphylotoxinekzem, wie bei jedem papulösen Ekzem, auch Papeln, die nicht von vornherein steril sind.

---

[10] l. c.

[11] Scholtz und Raab, Sur, la nature parasitaire de l'eczéma et de l'impetigo contagiosa. *Ann. de Derm. et de Syph.* 1900. No. 4.

[12] Kreibich, Zur Eiterung der Haut. Festschrift für M. Kaposi. 1900.

[13] Diese Monatshefte. Bd. 33 S. 160.

Ich muſs nun gestehen, als ich auf meinem Körper zuerst das Staphylotoxinekzem sah, das durch Einimpfung sterilen Kulturfiltrates entstanden war, befand ich mich noch derart im Banne der HEBRAschen Anschauung von der Natur des Ekzems, daſs ich glaubte, das Staphylotoxin mache Ekzem auf keine andere Weise, als wie irgend ein chemisch reizender Körper von ekzematophorer Wirksamkeit, und die Staphylokokken spielten in der Ätiologie des Ekzems nur eine sekundäre Rolle. Ich glaubte, es sei eine ganz zufällige Eigenschaft dieses überaus giftigen Toxins, Ekzem zu machen und diese seine ekzemerregende Wirkung komme für die Ätiologie des Ekzems, in specie für die Frage nach der parasitären Natur des Ekzems, nicht in Betracht. Ich wurde in dieser Auffassung um so mehr bestärkt durch die Thatsache, daſs Terpentinöl auf meiner Haut ein ganz ähnliches, wenn auch nicht so heftiges Ekzem hervorruft wie das Staphylotoxin. Die Erwägungen des Bakteriologen GERLACH jedoch — dem ich hier meinen herzlichen Dank sage, für das freundliche Interesse, das er meinen Untersuchungen zu teil werden lieſs — und ferner eine briefliche Kritik des hamburger Meisters haben mich überzeugt, daſs gerade die gelungenen Staphylotoxinexperimente die parasitäre Natur des Ekzems beweisen und daſs die vollständige Abwesenheit von Bakterien in vielen frischen Ekzempapeln und Ekzembläschen durchaus nicht gegen die bakterielle Entstehung des Ekzems spricht.

Zur Entstehung einer Infektionskrankheit, einer parasitären Krankheit, gehört nicht nur das Bakterium oder sein Toxin, sondern auch eine uns gewöhnlich nicht genau bekannte Gröſse, die wir Prädisposition oder ähnlich nennen. Ist die Prädisposition vorhanden, so kann eine minimale Menge von Bakterien oder Toxinen eine schwere Krankheit hervorrufen. Ist sie aber nicht vorhanden, dann kann auch eine sehr groſse Menge von Bakterien für den Körper unschädlich bleiben. PETTENKOFERS bekanntes Experiment lehrt, daſs eine ungeheure Menge von Cholerabacillen ohne jeden Schaden einem Körper einverleibt werden kann, der überhaupt nicht oder zu einer gewissen Zeit nicht prädisponiert ist. Bei Choleraepidemien aber genügt oft eine Infektion mit sehr kleinen Mengen von Cholerabacillen, um den prädisponierten menschlichen Körper schwer krank zu machen oder zu töten. Welche kleinste Mengen von Bakterientoxinen den Körper aufs schwerste schädigen können, das wissen wir aus den Untersuchungen über den Tetanus und die Tetanusbacillen. So wissen wir z. B., daſs 0,0000001 ccm Tetanusgift eine Maus von 15 g Körpergewicht tötet. Mit welch geringen Mengen man überhaupt bei der Beurteilung der Toxinwirkungen zu rechnen hat, ersieht man aus der Angabe BUCHNERS, daſs Pyocyaneusprotein noch bei 3000facher Verdünnung positiv chemotaktisch wirkt.

Berücksichtigt man diese und ähnliche Analogien aus der Lehre von

Infektionskrankheiten, so könnte man über die Entstehung des Ekzems folgende Hypothese aufstellen:

Wenn in der Haut eines zu Ekzem prädisponierten, für Ekzem empfänglichen Menschen Staphylokokken sich aufhalten, die durch die Wirkung irgend welcher äufserer oder innerer Ursachen — z. B. durch feuchte Wärme — zur Toxinbildung veranlafst werden, dann entsteht bei einem solchen Individuum Ekzem.

Diese Hypothese kann nur dann richtig sein, wenn nachgewiesen ist, dafs sich auch auf der normalen, nicht ekzemkranken Haut häufig Staphylokokken aufhalten. Denn die Richtigkeit der anderen, zur Stütze dieser Hypothese notwendigen Voraussetzung, dafs nämlich das Staphylotoxin auf der menschlichen Haut serotaktisch wirken und Ekzem erzeugen könne, die ist ja experimentell bewiesen. Der Nachweis aber, dafs sich Staphylokokken häufig auf der menschlichen Haut aufhalten, ist in der That erbracht. Scholtz und Raab[14] haben gefunden, dafs die Menge der auf der normalen Haut befindlichen Bakterien zwar nicht so grofs ist als man glauben sollte, aber sie scheinen doch recht häufig weifse Staphylokokken auf der gesunden Haut gefunden zu haben. Ich habe in den Jahren 1886—1888 im früheren Schmittschen Laboratorium in Wiesbaden eine Reihe solcher Untersuchungen angestellt. Das Resultat der ersten dieser Untersuchungen habe ich damals veröffentlicht.[15] Ich hatte gefunden, dafs man in der abgeschabten, gesunden Epidermis häufig Staphylokokken antrifft. Später habe ich eingesehen, dafs man sich bei solchen Untersuchungen nicht mit dem Nachweis der Staphylokokken in der abgeschabten Epidermis begnügen dürfe, sondern dafs man die Staphylokokken in den gesunden Hautfollikeln suchen müsse. Zu dem Zweck habe ich bei fünf Individuen mit Hilfe einer Lupe und mittelst einer sehr feinen Nadel den Inhalt von je fünf Follikelmündungen vom gesunden Vorderarm auf die Anwesenheit von Staphylokokken untersucht. Die herausgehobenen Epidermismassen wurden auf Platten von Nährgelatine gebracht. Da fand sich denn, dafs bei zwei Individuen in drei Follikeln aufser anderen Bakterien auch Staphylokokken enthalten waren, bei einem in zwei Follikeln Staphylokokken und bei zweien in je einem Follikel Staphylokokken. Dieses interessante Resultat, das ja auch seine Bedeutung hat für die Ätiologie der Folliculitis staphylogenes und des Furunkels, habe ich früher nicht sonderlich beachtet. Nun ist es aber sehr wichtig für die Beurteilung der vorliegenden Frage. Es beweist unter allen Umständen, dafs in den Follikeln der gesunden Haut häufig Staphylokokken sitzen können. Berücksichtigt man die Form der Follikelmündungen —

[14] l. c.

[15] Bockhart, Über die Ätiologie und Therapie der Impetigo, des Furunkels und der Sykosis. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1887.

Sabouraud[16] bezeichnet sie sehr richtig als une sorte d'ébrasement en forme de cupule — so begreift man, dafs sie in der menschlichen Haut vorzugsweise die Schlupfwinkel sind, in denen sich Bakterien versteckt halten können. Die Follikel sind die schwachen Punkte in der menschlichen Haut, le défaut de la cuirasse épidermique humaine, wie Sabouraud sagt. Sie haben eine grofse Bedeutung für die Ätiologie mancher Hautkrankheiten und auch für die des Ekzems.

Aufser diesem direkten Beweise giebt es noch einen sehr wichtigen indirekten Beweis für die Richtigkeit der Annahme, dafs sich Staphylokokken häufig auf der normalen Haut aufhalten. Von mehreren Autoren ist behauptet worden, das Ekzembläschen sei so lange amikrobiell, bis es mechanisch eröffnet wird. Diese Behauptung ist nicht richtig. Bender, Gerlach und ich haben intakte Ekzembläschen des Staphylotoxinekzems untersucht, die nicht amikrobiell waren, sondern Staphylokokken enthielten.[17] Diese Ekzembläschen hatten vor der Untersuchung eine intakte, derbe Decke. Sie enthielten Serum, das durch Beimischung von Leukocyten weifslich getrübt war, und eine gröfsere oder geringere Anzahl von Staphylokokken. Es ist absolut ausgeschlossen, dafs diese Staphylokokken von aufsen durch die derbe Decke des Bläschens hindurch eingewandert sein konnten, zumal die Haut vor der Staphylotoxinimpfung nicht gereist worden war. Diese Staphylokokken konnten nur aus der unterhalb der Bläschendecke gelegenen Epidermisschicht oder aus den Follikeln eingewandert sein. Sie mufsten also vor der Entstehung der Ekzembläschen schon in der gesunden Epidermis, in den Follikeln, enthalten gewesen sein. Aber nicht nur bei diesem Impfversuch, bei jedem Ekzem kann man leicht intakte, derbe Bläschen finden, die Serum, Leukocyten und Staphylokokken enthalten. Auch diese Staphylokokken können unmöglich von aufsen in die derben Bläschen eingedrungen sein, sondern müssen schon vorher in der Epidermis, d. h. in den Follikeln sich aufgehalten haben und dann nach der Entstehung der Bläschen unterhalb der Bläschendecke eingewandert sein. Kreibich[18] hat gezeigt, dafs die rasche Infektion der anfangs sterilen Pemphigusblasen, die eine dicke Blasendecke besitzen, nur durch die Eröffnung der Follikel zu erklären sei, aus denen die Mikroorganismen in den Blaseninhalt eindringen; indem durch den Abhebungsprozefs die Follikel eröffnet werden, gelangen die in ihnen eingeschlossenen Mikroorganismen in das bessere Medium des Inhaltes der Pemphigusblase. Selbst wenn das Vorkommen von Staphylokokken in gesunden Follikeln nicht direkt bewiesen werden könnte, wäre es jedenfalls ein Postulat für die Erklärung der sekundären Eiterinfektion von derben, anfangs sterilen

[16] La Pratique dermatologique. 1901. II. Bd. Artikel Folliculitis.
[17] l. c., S. 157. 8. Be.
[18] l. c.

Blasen. Aber da auch der direkte Beweis hierfür erbracht ist, kann man mit dem häufigen Vorkommen der Staphylokokken in den gesunden Follikeln als mit einer sicheren Thatsache rechnen.

Das Vorkommen der Staphylokokken in den gesunden Follikeln erklärt nun sehr einfach, warum von den primären, jungen, frischen Ekzembläschen ein Teil — vielleicht der gröfsere Teil — anfangs steril und mit klarem Serum gefüllt ist, ein anderer — vielleicht der kleinere — Teil schon von Anfang an Staphylokokken enthält: Wenn sich in einem Follikel Staphylokokken befinden, die im stande sind, Staphylotoxin zu produzieren und hierauf Ekzem zu erzeugen, dann wird das über dem Follikel sitzende Bläschen von Anfang an Staphylokokken enthalten. Denn der Follikel mündet ja in den Boden des Bläschens. Durch die serotaktische Wirkung des Staphylotoxins werden aber auch in der Umgebung des Follikels Ekzembläschen entstehen. Wenn sich nun vorher in der Umgebung des Follikels keine Staphylokokken befunden haben, dann werden diese letzteren Bläschen anfangs und auch einige Zeit hindurch steril bleiben. Später können diese letzteren Bläschen vom ersteren Bläschen aus sekundär infiziert werden, wenn, was ja leicht möglich ist, die Staphylokokken, die sich inzwischen im Inhalte des ersteren Bläschens vermehrt haben, durch die dilatierten Saftspalten der ödematösen Epidermis in die bis dahin sterilen Bläschen ihrer Nachbarschaft eindringen.

Auf welche Weise können die in den gesunden Follikeln befindlichen Staphylokokken veranlafst werden, Staphylotoxin zu bilden? Offenbar kann das nur geschehen nach einer Durchfeuchtung der Haut. Denn wir wissen, dafs die Staphylokokken nicht auf festem, sondern nur in flüssigem Nährboden wirksame Toxine bilden. Eine solche Durchfeuchtung der Haut kann durch die Wirkung des Wassers beim Waschen oder Baden eintreten. Das würde die Schädlichkeit des Wassers für die zu Ekzem geneigte oder ekzemkranke Haut erklären. Sie kann ferner zu stande kommen durch innere Ursachen, die wir noch nicht näher kennen. Sie kann auch zu stande kommen durch Schwitzen. Auf diese die Lebensäufserungen der Bakterien in den Follikeln anregenden und begünstigenden Momente hat schon Kreibich im Anfange seiner öfters zitierten Arbeit aufmerksam gemacht. Es giebt auch noch ein anderes wichtiges Moment, das die Staphylokokken in den Follikeln zur Vermehrung und Staphylotoxinbildung veranlassen kann. Das ist die Wirkung chemisch reizender Substanzen auf die Haut. Solche Substanzen können eine Durchfeuchtung der Epidermis von innen heraus bewirken. Unter ihrem Einflufs kann eine Hyperämie im Papillarkörper der Cutis mit nachfolgendem reichlicheren Zufluſs von Blutserum in die Saftspalten der Epidermis zu stande kommen. Reiben wir z. B. Seifenschaum auf eine zu Ekzem geneigte Haut ein, dann kann eine Hyperämie der Cutis und reichlichere seröse

Durchtränkung der Epidermis eintreten, die hierauf den in einer Anzahl von Follikeln sitzenden, bis dahin unthätigen Staphylokokken Gelegenheit giebt, Staphylotoxin zu produzieren und Ekzem zu erzeugen. Wir dürfen in diesem Falle nicht sagen, der Seifenschaum hat Ekzem gemacht, sondern wir müssen sagen: der Seifenschaum hat den Staphylokokken Gelegenheit verschafft, Staphylotoxin zu produzieren und dadurch eine ekzematophore Wirksamkeit zu entfalten. Es verhält sich damit genau so wie mit der Entstehung der Impetigo staphylogenes unter einem feuchtwarmen Verband. Früher sagte man in einem solchen Falle: der feuchtwarme Verband hat ein impetiginöses Ekzem gemacht. Heute wissen wir, dafs der feuchtwarme Verband den auf der Haut sitzenden, vorher unthätigen Eiterkokken Gelegenheit zu leukotaktischer Wirkung und zu nachfolgender Pustelbildung giebt.

Ich habe früher mitgeteilt, dafs auf meinem Körper Terpentinöl ein papulöses Ekzem hervorruft. Ich will nicht in Abrede stellen, dafs Terpentinöl auf meiner Haut gerade so wie Staphylotoxin serotaktisch wirken und auf diese Weise Ekzem erzeugen könne. Das ist möglich. Es kann sich aber auch so verhalten, dafs die auf eine Terpentinöleinreibung folgende Hauthyperämie den Staphylokokken in meiner Haut nur die Veranlassung giebt zur Staphylotoxinbildung. Ich halte es für möglich, dafs es aufser dem Staphylotoxin noch andere chemisch reizende Körper giebt, die durch ihre eigene Energie serotaktisch wirken und Ekzem erzeugen können. Aber ich glaube, dafs nicht viele derartige Körper existieren, wenn es überhaupt welche giebt. Gegenüber dem idiopathischen, dem Staphylotoxinekzem, sind sie jedenfalls ohne grofse Bedeutung. Früher hielt man bekanntlich solche artefizielle Ekzeme für sehr häufig. Heute wissen wir aus den Untersuchungen Unnas und seiner Schüler,[19] dafs vieles von dem, was man früher echtes, artefizielles Ekzem nannte, überhaupt kein Ekzem ist, sondern ein Erythem oder eine ekzemähnliche Dermatitis, z. B. die Arnikadermatitis, die Kantharidindermatitis, die Krotondermatitis.

Wir wissen, wie soeben bemerkt wurde, dafs unter einem feuchtwarmen Verband eine Impetigo staphylogenes entstehen kann. Bei einem Ekzematiker kann aber unter einem feuchtwarmen Verband statt einer Impetigo ein Ekzem entstehen. Warum in dem einen Fall die Staphylokokken nur leukotaktische, im andern nur serotaktische Wirkung entfalten, wissen wir heute noch nicht genau. Man kann wohl annehmen, die Haut des einen Individuums sei so beschaffen gewesen, dafs die Staphylokokken kein Staphylotoxin bilden konnten und dann nur die leukotaktische Wirkung des Staphyloplasmins eintrat. In der Haut des anderen Indi-

[19] Unna, Histopathologie der Hautkrankheiten. 1894. — Kulisch, Sind die durch Kantharidin und Krotonöl hervorgerufenen Entzündungen der Haut Ekzem? *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1893. Bd. 17.

viduums konnte sich Staphylotoxin bilden; in dessen Gegenwart entfaltete dann das Staphyloplasmin keine primäre Wirksamkeit und so entstand hier ein Ekzem. So kann es sich verhalten; aber wir wissen vorderhand nichts genaues hierüber. Indessen haben BENDER, GERLACH und ich im Verlaufe unserer Staphylotoxinexperimente Beobachtungen gemacht, die zur Aufklärung dieser Frage einiges beitragen können. Wir haben vor allem gefunden, dafs in den Staphylokokkenkulturen die Staphylotoxinbildung und die Staphyloplasminbildung von einander vollständig unabhängig sind. Wir haben Bouillonkulturen vor uns gehabt, in denen sich sehr giftiges Staphylotoxin befand, während die aus diesen Kulturen isolierten Kokken, die das giftige Staphylotoxin produziert hatten, keine Spur von leukotaktischer (pyogener) Wirksamkeit entfalteten, also überhaupt kein Staphyloplasmin gebildet hatten. Wir haben ferner mit Agarkulturen von Staphylokokken experimentiert, die keine Spur von Staphyloplasmin enthielten. Solche Staphylokokken nannte man bisher avirulente Eiterkokken, oder Eiterkokken, die ihre Virulenz verloren hatten. Diese Bezeichnung ist nicht zutreffend. Denn solche Staphylokokken, die kein Staphyloplasmin bilden oder keines mehr bilden, können trotzdem sehr giftiges Staphylotoxin produzieren. Sie können also noch ekzemerregend wirken, während sie nicht oder nicht mehr pyogen wirken. Nun hat man behauptet, die Eiterkokken, die ihre pyogene Wirkung verloren haben, würden wieder pyogen werden, wenn man sie einem Tiere einimpft, wenn sie den Tierkörper passiert hätten. Das trifft in der That öfters zu; aber nicht immer. Ich habe im Jahre 1887 mehrere Male mit Kulturen von Staphylococcus albus gearbeitet, die nicht pyogen wirkten, und die auch keine pyogene Wirksamkeit auf der menschlichen Haut entfalteten, nachdem sie den Tierkörper passiert hatten. Kaninchen und Mäuse waren durch grofse Mengen dieser Kulturen getödtet worden und doch bildeten diese Staphylokokken direkt nach der Passage des Tierkörpers kein Staphyloplasmin. Nach meinen bisherigen Beobachtungen glaube ich annehmen zu müssen, dafs es Staphylokokken giebt, die überhaupt kein Staphyloplasmin bilden, während sie doch Staphylotoxin produzieren. Es scheint mir, dafs die Eigenschaft der Staphylokokken, Staphylotoxin zu bilden, viel konstanter ist und viel mehr Arten dieser Kokken zukommt, als die Eigenschaft der Staphyloplasminbildung. Vielleicht bilden viele Arten von Staphylokokken Staphylotoxin, während nur wenige Arten Staphyloplasmin bilden. Die Staphylokokken, die gewöhnlich auf der normalen und auf der ekzemkranken menschlichen Haut vorkommen und auf Agarnährboden als grauweifse, graugelbe, hellgelbe Kulturen wachsen, scheinen überhaupt nie Staphyloplasmin zu bilden. Bei der sekundären Infektion der sterilen Ekzembläschen durch Staphylokokken sehen wir ja auch, dafs die ursprünglich

rein serösen Bläschen entweder leukoserös werden und bleiben oder pustulös werden. Das erstere kann nur geschehen durch Staphylokokken, die kein oder wenig Staphyloplasmin bilden, das letztere durch Staphylokokken, die sehr giftiges Staphyloplasmin enthalten.

Kommen wir nun noch einmal zurück auf die vorhin aufgeworfene Frage, warum in einem Fall unter einem feuchtwarmen Verband Impetigo staphylogenes entsteht, im andern dagegen Ekzem, so können wir nach Maßgabe dieser Kenntnisse antworten: dort wo Impetigo entstand lagen Staphyloplasmin bildende Kokken in Spalten der Hornhaut. Diese vermehrten sich unter dem Einfluß der feuchten Wärme, bildeten aber, wie auf Agarnährboden, kein Staphylotoxin, sondern entfalteten nur eine leukotaktische Wirksamkeit. Dort wo Ekzem entstand, lagen Staphylokokken in den Follikeln; hier hatten sie Gelegenheit, Staphylotoxin zu bilden. Entweder gehörten sie den Arten an, die überhaupt kein Staphyloplasmin, sondern nur Staphylotoxin bilden, oder sie bildeten wohl Staphyloplasmin, das aber in Gegenwart des Staphylotoxins nicht primär wirken konnte. So konnte hier Ekzem entstehen.

Wieviele Arten von Staphylokokken es überhaupt giebt, wissen wir heute noch gar nicht. Vielleicht giebt es eine ganze Reihe von Arten und Varietäten. Die Lehre von den Staphylokokken ist ein intrakates Kapitel der Bakteriologie. Wer, wie ich, jahrelang über Staphylokokken gearbeitet hat, wird finden, daß er auf um so größere Schwierigkeiten stößt in Bezug auf die Biologie und Klassifikation dieser Kokken, je mehr er sich mit ihnen beschäftigt. Er wird dann finden, daß es nicht angeht, alle Staphylokokken nach den Eigenschaften des einzigen Staphylococcus pyogenes aureus zu beurteilen, wie es heute noch häufig geschieht. Eine der größten Schwierigkeiten beim Studium der Staphylokokken liegt darin, daß bei der Bestimmung der pathogenen Wirkung der verschiedenen Arten dieser Kokken, in specie bei der Bestimmung ihrer Wirkung auf die Haut, das Tierexperiment in der Regel versagt.

Bender, Gerlach und ich haben nachgewiesen, daß die Toxine des Staphylococcus aureus und albus ekzemerregende Wirksamkeit besitzen. Ich halte es für sicher, daß auch anderen Staphylokokken, z. B. den von Unna[20] beschriebenen Diclimactericus eccematis albus flavens und Monoclimactericus eccematis virescens die gleiche ekzematophore Wirkung innewohnt. Daß diese von Unna beschriebenen Staphylokokken nicht zu den gewöhnlichen Eiterkokken gehören, spricht, wie wir soeben gesehen haben, natürlich nicht im geringsten gegen die Annahme, daß sie Staphylotoxin produzieren können. Vielleicht wird man später finden, daß der Staphylococcus aureus und albus nicht die Staphylokokken sind, die am

[20] Internat. dermat. Kongreß. Paris 1900.

häufigsten oder in der Regel Ekzem erzeugen, sondern die von UNNA beschriebenen.

Wenden wir uns von diesen hypothetischen Erwägungen zu den sicheren Ergebnissen des Experimentes und der mikroskopischen Untersuchung, so muſs man, wie ich glaube, zu folgender Theorie von der Entstehung und Entwickelung des Ekzems kommen:

Das Ekzem ist eine infektiöse Entzündung der Oberhaut. Die Erreger des Ekzems sind Staphylokokken.

Es entsteht und entwickelt sich auf folgende Weise: Die gesunden Hautfollikel eines prädisponierten Individuums können lebende, aber unthätige Staphylokokken enthalten. Diese Staphylokokken können durch irgend eine aufserhalb oder innerhalb des Körpers liegende Ursache, die den Nährboden der Kokken im Follikel verbessert, zu vermehrter Lebensthätigkeit gebracht werden. Eine Folge des nun lebhafteren Stoffwechsels der Kokken ist die Exkretion von Staphylotoxin. Sobald das Staphylotoxin aus dem Follikel in die Epidermis diffundiert, veranlafst es vermöge seiner serotaktischen Wirkung die Bildung von Papeln und Bläschen in der Oberhaut. Die Papel oder das Bläschen über dem Follikel enthält dann Serum und Staphylokokken. Die Papeln oder Bläschen in der unmittelbaren Nachbarschaft des Follikels enthalten klares Serum und zunächst keine Staphylokokken; sie bleiben eine zeitlang steril. Nach einiger Zeit vermehren sich die Staphylokokken in dem Bläschen an der Mündung des Follikels. Dann wandern auch Leukocyten in dieses Bläschen ein. Später können diese Staphylokokken auf dem Wege der Saftspalten in der ödematösen Epidermis auch die sterilen Bläschen in der Nachbarschaft sekundär infizieren. In dem serösen Inhalt dieser Bläschen treten dann ebenfalls Leukocyten auf. Ob die Bläschen im späteren Verlauf pustulös werden oder ihren leukoserösen Inhalt bewahren, hängt vom Plasmingehalt der Staphylokokken ab. Die eröffneten Bläschen und die nässende Ekzemfläche und ihre Umgebung können durch Staphylokokken von hohem Staphyloplasmingehalt infiziert werden. Dann entstehen die das Ekzem komplizierenden Eitererkrankungen der Haut, Impetigo staphylogenes und Furunkel. Geht das Ekzem nicht in Heilung über, wird es chronisch, dann entstehen unter anderem Gewebsveränderungen im Corium und im subcutanen Bindegewebe, die nicht direkt durch die Staphylokokken veranlafst sind.

Das Resultat dieser Untersuchungen ist, wie man sieht, nichts anderes

als eine Bestätigung der bekannten und viel bekämpften Unnaschen Theorie von der parasitären Natur des Ekzems. Es ist richtig, daß, wie Besnier[21] sagt, diese Theorie Unnas eine neue Ära für die Ekzematologie eröffnet hat. Wenn wir heute, im Besitze unserer Erfahrungen über das Staphylotoxin, Unnas Arbeiten über die Ätiologie des Ekzems und über die Serotaxis studieren, müssen wir den Scharfsinn dieses genialen Dermatologen bewundern, der ohne Kenntnis des Staphylotoxins dennoch die Wirkung und die Herkunft dieses direkten Ekzemerregers richtig erkannte.

Das Gebäude zu dem Unna das Fundament gelegt hat, ist noch lange nicht vollendet. Noch viele Bausteine müssen durch mühsame Arbeit herbeigeschleppt werden, ehe es vollendet sein wird. Aber das wesentliche an Unnas Theorie von der parasitären Natur des Ekzems ist richtig und wird sich immer als richtig erweisen.

[21] La Pratique dermatologique. T. II. 1901.

Aus der Praxis.

Die Pasta serosa Schleichs. Homogene Dermatotherapie.

Von

Dr. Scharff-Stettin.

Es verlohnt sich hier und da für den spezialistisch thätigen Arzt auch einmal Umschau zu halten, was der Nachbar auf dem Grenzgebiete treibt. So scheint mir das von dem als Erfinder der Infiltrationsanästhesie bekannten Chirurgen Prof. Dr. C. L. Schleich neuerdings herausgegebene Buch „Neue Methoden der Wundheilung“ manche Gedanken zu enthalten, welche speziell für den Dermatologen nicht nur von theoretischem, sondern ganz aktuellem, praktischen Interesse sind. Als Hauptforderungen von prinzipieller Bedeutung stellt Schleich für die Behandlung aller Gewebsläsionen die der „Zellerhaltung, Zellernährung, Zelllebenbeförderung“ auf. Diesen Bedingungen vermögen die antiseptischen Mittel nicht nur nicht zu entsprechen, sondern haben sogar die gegenteiligen Wirkungen im Gefolge. Deshalb ist das Bestreben unseres Chirurgen dahin gerichtet, neben einer allseitigen Asepsis im allgemeinen die Antiseptika und anticellulären Mittel auf dem Gebiete der Wundheilung möglichst durch „homogene Deck- und Heilmittel“ zu ersetzen. Bei dem Suchen nach einem Körper, welcher sich in seinem Chemismus möglichst demjenigen

des Gewebes, welches „der Reparation, der Entlastung und Schonung bedürftig erscheint", nähert, kam Sch. auch auf das Blutserum. Aus diesem Eiweifskörper konstruierte er seine „chirurgischen und dermatologischen Serumpräparate". Um kurz die Herstellung derselben zu skizzieren, so wird 1 Liter möglichst sauber aufgefangenes Ochsenblutserum mit 500 g Zinkoxyd gemischt; diese Masse wird sodann auf Glasplatten aufgestrichen, getrocknet und dann abgeschabt. Dieses so gewonnene „Zincum serosum" wird nun sterilisiert. Dieses Pulver bildet die Grundlage seiner Pasta serosa und seines Pulvis serosus. Erstere bildet eine ganz dickflüssige, leicht streichbare Masse, letzteres stellt einen durch Eosinzusatz rosafarbenen Puder dar.

Die Pasta serosa stellt sich nun in der That als ein wertvolles Dermatotherapeutikum dar. Obenan möchte ich seine Wirkung gegen fast alle Formen von Dermatitis und akutem Ekzem stellen. Ausnehmen möchte ich hier nur die Jodoformdermatitis, welche nach meinen Erfahrungen am besten durch Pinselung mit purem Ichthyol und nachfolgender Amylumpuderung darüber zur Abheilung gelangt. Handelt es sich aber sonst darum, einen durch chemischen oder thermischen Reiz erzeugten Exsudationsprozefs oder eine durch Wundsekret entstandene Intertrigo zu behandeln, so stimme ich ganz mit Schleich darin überein, dafs seine Pasta geradezu ein erstklassiges Mittel ist, um die Haut ruhig zu stellen, sie auszutrocknen und in günstigen Fällen, bei welchen der Eingriff frühzeitig genug stattfand, die tiefen Epidermislager der blasigen Haut wieder zur Anlegung zu bringen. Gute Dienste thut sie auch bei Balanitis simplex und den gereizten Hauträndern der Ulcus cruris.

Häufig werden Ekzeme des Gesichtes von einer Conjunctivitis catarrhalis und Blepharitis ciliaris begleitet. Erstere weicht dann einem passend gewählten Augenwasser, Zink- oder Ichthyollösungen, letztere prompt wieder der Pasta serosa.

Vor allem entspricht die seröse Paste allen Anforderungen, welche die Indikation: Ruhigstellung der Haut, erfordert. Auf die erkrankten Partien dünn aufgestrichen, trocknet die Masse ziemlich schnell zu einer festen weifsen Decke ein, welche sich genau allen Unebenheiten der Haut anschmiegt und so vor den gebräuchlichen Puderarten den Vorzug des festen und längeren Haftens voraus hat, während sie mit denselben den Vorzug der Reizlosigkeit nicht nur teilt, sondern dieser Forderung im höchsten Grade gerecht wird. Dazu kommt, dafs die verdunstende Feuchtigkeit zuerst ganz besondere Kühlung verschafft. Auch nach dem Eintrocknen behält die Decke noch eine, wenn auch geringe, so doch merkliche kühlende Wirkung, wie solche den Pudermitteln zum Teile auch zukommt. So gestattet die Pasta serosa einen schnell und leicht herzustellenden Abschlufs der Haut, welcher infolge seiner Porosität stets relativ

kühl bleibt und so vor der Puderbehandlung und dem Puderverbande durch letztere Eigenschaft sowie durch seine Haftkraft und bei weitem längere Haltbarkeit die bedeutendsten Vorteile besitzt.

Die stark austrocknende Wirkung der Paste bewährt sich besonders bei Verbrennungen ersten und zweiten Grades; doch mufs sie hier dick aufgestrichen werden, um die Blasen, nachdem der Inhalt derselben durch Anstechen entfernt ist, wieder zur Anlegung an das Corium zu bringen.

Bei weitem beschränkter als die Verwendung der Pasta serosa ist diejenige des Pulvis serosus. In einigen Fällen von akutem nässenden Ekzem gelingt es durch kombinierte Anwendung der Pasta serosa und des Pulvers des Nässens Herr zu werden. So beobachtete ich z. B. bei einem Falle von sogenanntem Salzflusse, dafs Aufstreichen der Paste auf den elevierten Unterschenkel und schnelle Trocknung der Pasten durch aufgestreutes Serumpulver einen ausgezeichneten Erfolg nach dieser Richtung hin ausübte. Über die Serumdecke wurde dann noch eine Mullbinde gewickelt, um der Stauung entgegen zu wirken. Das Bein blieb ca. 6 Tage in diesem Verbande bei erhöhter Lage. Bei der Abnahme der Binde fand sich die Haut des Unterschenkels vollständig abgeheilt, nachdem dieselbe vordem den verschiedensten therapeutischen Prozeduren Trotz geboten hatte. Unentbehrlich ist mir die Pasta serosa auch bei der Behandlung von Wunden, insbesondere den Ulcera cruris, geworden. Sobald der Reparationsprozefs einer Wunde soweit gediehen ist, dafs die Granulationsfläche nur noch der Überhäutung harrt, bedecke ich den Rand derselben bis an und etwas auf die Granulationen reichend mit der Paste. Die Wundfläche selbst wird mit einem anderen passenden Mittel, meistens Ichthyol, in der gehörigen Verfassung erhalten. Über das ganze kommt zuerst eine trockene, darüber eine UNNAsche Zinkleimbinde. Die Wirkung der Paste auf eine schnelle Epithelialisierung scheint mir die Richtigkeit der SCHLEICHschen Absichten hinsichtlich der Schaffung eines „zellernährenden und zellschonenden“ Verfahrens zu bestätigen. Als selbstständiges Mittel findet das Pulvis serosus sonst in der Dermatotherapie meines Wissens keine Verwendung. Die Brauchbarkeit der Paste, wie die Originalität der SCHLEICHschen Ideen dürften im Vereine mit den von mir mit der ersteren gemachten guten Erfahrungen die Veröffentlichung vorstehender Zeilen genügend rechtfertigen.

Versammlungen.

Bericht über die Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, 30. Kongreſs.

(*Centralblatt für Chirurgie.* 1901. No. 29.)

Aus dem obigen Bericht teilen wir folgendes mit:

Pathogenese und Behandlung des Keloids, von Goldmann. Das wesentliche Moment für das Zustandekommen dieser Bindegewebshyperplasien des Coriums sieht Verfasser in der primären Schädigung, die das elastische Gerüst der Haut erfährt: ihre Regeneration bleibt aus. Beim wahren Keloid erfolgt die Schädigung in der Pars reticularis, beim Narbenkeloid in der Pars papillaris der Cutis. In Keloiden fehlen Haare und Hautdrüsen, in hypertrophischen Narben können sie unverändert sein. Als Behandlungsmethode empfiehlt Verfasser ihre Excision und Transplantation des Defekts nach Thiersch.

Der Schutz des Untersuchers gegen Röntgenstrahlen, von Levy-Dorn. Verfasser demonstriert einige von Reiniger, Gebhard & Schnell nach seinen Angaben hergestellte Apparate:

1. einen Schutzrahmen für den Fluorescenzschirm;
2. ein Schutzrouleaux bei dem an einem Stativ befestigten Schirm; der Fluorescenzschirm ist bei beiden Apparaten durch eine Spiegelglasscheibe bedeckt;
3. einen Lampenhalter mit Schutzmanschette, um die Regulation des Rohrs durch Erhitzen ungefährlich zu machen.

Zur Behandlung der Prostatahypertrophie, von Goldmann. Verfasser empfiehlt die Annähung der Blase an die vordere Bauchwand: dadurch wird ein Zug auf die innere Harnröhrenmündung ausgeübt, die diese erweitert und das Entstehen von Divertikeln an der hinteren Blasenwand verhindert.

Zur Behandlung der Blasengeschwülste, von Loewenhardt. Den Inhalt dieses Vortrages haben wir in einem Referat aus *Centralbl. f. d. Erkrank. d. Harn- u. Sexualorg.* mitgeteilt.

F. König-Altona demonstriert **Präparate einer Nebenhoden-Hodentuberkulose** mit 17 cm Vas deferens, an dem sich zwei innerhalb des Leistenkanals gelegene käsige Knoten fanden und einer schweren **Tuberkulose von Hoden und Nebenhoden,** die sich durch das ganze Vas deferens kontinuierlich bis in die Samenblase und Prostata verbreitet hat.

F. Hahn-Bremen.

Französische Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie.

Sitzung vom 2. Mai 1901.

Originalbericht von Druelle-Paris.

Eine Varietät von Acne cornea, von Du Castel. Der Knabe war vor zwei Jahren im St. Ludwig-Hospital wegen einer, wie er angibt, mit der gegenwärtigen analogen Hautaffektion. Nach einigen Wochen wurde er vollständig geheilt entlassen. Gegenwärtig zeigt er perifollikuläre und follikuläre, in Plaques gruppierte Läsionen an den Armen, am Halse, am Kinn und an den Beinen. Die Läsionen haben die Form von erhabenen Papeln mit einer zentralen Einsenkung aus der eine, stellenweise 1—1,5 mm lange verhornte Spitze hervorragt. Der Grund der Papel ist rot. Man konstatiert eine Hyperkeratosis pilaris; der histologische Befund der oben beschriebenen

Läsionen erlaubt aber nicht, das Vorhandensein einer derartigen Affektion anzunehmen. Du Castel glaubt auch nicht, dafs es sich um eine Pityriasis rubra pilaris handelt.

Darier: Auf Grund der histologischen Untersuchung läfst sich hier blofs annehmen, dafs es sich um eine follikuläre Keratose handelt, die sich erst vor kurzem entwickelt hat und eine gewisse Verwandtschaft mit der Acne cornea zeigt.

Ekzemförmige paratuberkulöse Dermatosen und Tuberkulide, von Gastou und Paris. Nach gewissen Thatsachen zu urteilen, könnte man geneigt sein, anzunehmen, dafs neben den meist papulo-nekrotischen Läsionen der Tuberkulide, welche durch tuberkulöse Toxine verursacht werden, lichenartige und ekzemförmige Läsionen bestehen, welche auf dieselbe Ursache zurückzuführen sind. Man kann sie, analog den parasyphilitischen, paratuberkulöse Läsionen nennen.

So haben die Vortragenden einen 26jährigen Mann beobachtet, der an stets sich wiederholenden tuberkulösen Lymphdrüsen des Nackens litt. Bei jedem neuen Schube von Lymphadenitis wird die Eruption weniger intensiv. Die Läsionen waren zuerst pustulo-ulcerös, dann papulo-nekrotisch und gegenwärtig sehen sie ekzematös oder lichenartig aus. Histologisch findet man die Veränderungen der Tuberkulide.

Pathogenese der Alopecia areata, von Jacquet. Eine Patientin leidet seit drei oder vier Monaten an einer Erythrodermie des Gesichts, besonders links. Seither hatte sie öfters linksseitige Nasenblutungen und nun zeigt sich auf derselben Seite eine rasch verlaufende Alopecia areata. Die ganze linke Körperseite ist hyperästhetisch und hypothermisch. Ich bin der Ansicht, dafs die Alopecie und die vasomotorischen Störungen auf eine gemeinsame Ursache zurückzuführen sind, nämlich auf das Übergreifen der umgebenden Schleimhaut auf einen Stockzahn und die daraus resultierende Reizung. Ich habe gegenwärtig gute Gründe anzunehmen, dafs derartige Reizzustände den Ausgangspunkt einer Reihe von Störungen oder Lähmungen bilden können, zu denen ich auch die Alopecia areata rechne. Die Patientin wird meiner Ansicht nach geheilt werden, sobald der Zahn frei gelegt sein wird. Da es sich aber blofs um eine Hypothese handelt, wollte ich vor dem Beginne der Behandlung die Patientin vorstellen.

Durch Elektrolyse geheilte Sklerodermie, von Balzer. Bei einem elfjährigen Mädchen entwickelt sich seit 15 Monaten im Gebiete des Plexus cervic. superficialis eine Sklerodermieplaque. Unter dem Einflusse der Elektrolyse ist die Plaque nach wenigen Sitzungen rasch zurückgegangen und gegenwärtig ist das Mädchen beinahe geheilt.

Brocq: Die Schnelligkeit, mit der die Heilung in dem Falle von Balzer eingetreten, ist sehr auffallend. Bei der Elektrolyse der Sklerodermieplaques ist es ratsam, den negativen Pol zu benutzen, um nur schwache Ströme eindringen zu lassen. Mit starken Strömen läuft man Gefahr auf der Plaque selbst keloidartige Indurationen zu erzeugen. Die bipolare Methode hat mir keine besseren Resultate geliefert als die unipolare: die Ströme hoher Frequenz sind weniger aktiv als diese.

Lichenartige Eruption bei einem Syphilitiker, von Fournier. Bei der Patientin sieht man am linken Arm und Vorderarm eine schmale bandförmige Eruption, die insofern interessant ist, als ihre Natur und Pathogenese schwer festzustellen ist. Sie ist nämlich bei einer jungen Frau mit frischer Lues entstanden und ist von Jucken begleitet. Es frägt sich nun, ob man sie nach dem Aussehen der elementaren Läsionen, als luetischer Natur betrachten mufs.

Zur Histologie des Hydrokystadenoms, von Gasmann. Zahlreiche Serienschnitte von Fällen dieser Affektion haben mir den Beweis geliefert, dafs das Hydrokystadenom mit dem Epithel der Knäueldrüsen im Zusammenhange steht. Es handelt sich also nicht, wie dies mehrere deutsche Autoren meinen, um Läsionen vasculären Ursprungs.

Kongenitale mangelhafte Entwickelung der Haare, von DANLOS. Das Kind, das ich Ihnen vorstelle, hat von jeher nur das Büschel Haare auf dem Kopfe getragen, das Sie hier sehen. An allen anderen Stellen war es stets vollständig kahl.

SABOURAUD: Es handelt sich offenbar hier nicht bloſs um Atrophie, sondern um fehlerhafte Entwickelung. Es lassen sich gegenwärtig drei Hauptvarietäten von Dysgenese der Haare aufstellen: das vollständige oder beinahe vollständige Fehlen der Haare, wie es bei diesem Kinde der Fall ist; die Monilithrix; die kongenitale oder infantile Keratose.

Wichtigkeit der Miſsbildung der Zähne bei der Diagnose der hereditären Lues, von GAUCHER. Am 14. März 1900 wurde eine 19jährige Frau in meine Abteilung gebracht. Dieselbe war comatös, aphasisch, hatte eine rechtsseitige Hemiplegie und vor einem Monat geboren. Der Uterus war groſs und sie litt in der Brust. Man dachte zuerst an eine Embolie der Arteria pulmonalis und an eine cerebrale Embolie, weil das Herz erweitert und arythmisch war. Der Harn war eiweiſshaltig. Da aufserdem beträchtliche Zahnveränderungen bestanden, verschrieb ich Einreibungen und Jodkalium. Nach 48 Stunden begann sie zu artikulieren, nach 1—2 Monaten war sie geheilt. Am 20. April 1901 kam die Frau wieder in meine Abteilung und zwar mit gummösen Syphiliden an den Beinen, welche meine ausschlieſslich auf Grund der Zahndeformationen gestellte Diagnose bestätigte.

Die cerebralen Störungen bei hereditären Syphilitikern sind im Alter von 19 oder 20 Jahren in Gestalt von Arteriitis wie in diesem Falle selten. In allen mitgeteilten Fällen handelte es sich um Gummata.

Am Oberkiefer zählte man 13, am Unterkiefer 14 Zähne. Diese waren klein und durch breite Zwischenräume von einander getrennt. Die Schneidezähne sind an der Spitze atrophiert und eingeschnürt. Wir weisen besonders auf die spitzenförmige Atrophie der vier ersten Mahlzähne hin, da dieselben die einzigen sind, welche bereits im intrauterinen Leben verkalken. Ihre Veränderungen haben also weit gröſseren Wert als bei allen anderen Zähnen.

FOURNIER: Dieser Fall ist sehr bemerkenswert. Die cerebralen Erscheinungen zeigen sich bei hereditärer Lues selten nach dem 15. Jahre; am häufigsten kommen sie zwischen dem fünften und zwölften Jahre vor. Ich kenne einen einzigen Fall im 22. Jahre.

Schankerförmiges Syphilid des Augenlides, von DANLOS. D. stellt eine seit einigen Monaten syphilitische Patientin vor, welche am rechten unteren Lide eine Ulceration zeigt, die einen Primäraffekt vortäuscht.

An der Stelle einer Brandwunde entstandenes tuberkulöses Syphilid, von BEAUDOIN. B. stellt eine Frau mit mehreren Plaques tuberkulöser Syphilide vor. Die eine derselben liegt aufserhalb des linken Auges und hat sich an der Stelle einer Verbrennung entwickelt und zwar kurze Zeit nach derselben.

Artifizielle Dermitis nach Anwendung von Laudanum, von BODIN. Ein ganz gesunder Mann behandelte sich eine leichte Schmerzhaftigkeit in der Fossa iliaca durch Auflegen eines mit Laudanum durchtränkten Wattebausches, den er längere Zeit auf die schmerzhafte Stelle aufdrückte. In wenigen Stunden entwickelte sich an der betreffenden Stelle, sowie am Gelenke der Hand, mit welcher den Bausch gefaſst hatte, eine ziemlich intensive und scharf umschriebene erythemato-bullöse Dermitis, welche in wenigen Tagen nach Anwendung von aufweichenden Mitteln heilte. Dieselben Erscheinungen waren vor einem Jahre aufgetreten, als sich der Patient Laudanum mittels eines Wattebausches in den äuſseren Gehörgang eingeführt hatte. Es handelt sich hier offenbar um eine ganz besondere Empfindlichkeit dem Laudanum gegenüber, da sich dieses als vollkommen unzersetzt erwies.

Erosive Balanitis der Clitoris mit Spirillen, von DRUELLE. In einem derartigen Falle, welcher in seinen klinischen Merkmalen ganz der erosiven Balanopostitis des Mannes glich, fand ich zahlreiche Spirillen neben vielen Mikrokokken und Stäbchen. Diese Balanitis der Clitoris verläuft öfters gänzlich unbemerkt und muſs sorgfältig aufgesucht werden. Die Schwierigkeit der Färbung dieser Spirillen erfordert die Anwendung der heiſsen ZIEHLschen Lösung. Die Konstatierung dieser Spirillen bei der Balanitis des Weibes erklärt die Entstehung der Balanopostitis beim Manne nach Coitus.

Cystoskopische Diagnose der squamösen Dermatosen, von GASTOU und VIÉRA. Die Untersuchung der Schuppen nach einer sich stets gleich bleibenden Methode (Äther-Alkohol, Essigsäure, Methylenblau) hat uns gezeigt, daſs man in den Hautabschuppungen konstant verschiedene Zellentypen findet:

1. Den ersten, den man den Horntypus nennen könnte, zeichnet sich durch das Vorhandensein oberflächlicher, platter, kernloser Zellen aus. Derselbe entspricht sowohl parasitären (Trichophytie, Erythrasma, Pityriasis versicolor, Mycelparasiten) als nicht parasitären (Ichthyosis) Affektionen.

2. Einen zweiten, malpighischen Typus, wo die Schuppen aus polygonalen Zellen mit mehr oder weniger gut gefärbten Kernen und mit Association von Leukocyten und Fibrin oder auch ohne solche. Daraus entstehen die Varietäten mit Vorherrschen von Leukocyten ohne Fibrin (Pityriasis simplex, trockene Flechte des Gesichtes, Seborrhoea sicca) oder mit Fibrin (artifizielles Ekzem).

3. Endlich einen gemischten Typus der in einer Vereinigung des malpighischen und leukocytären Typus besteht, wobei die einzelnen Zellenarten entweder vereinzelt vorkommen (Psoriasis) oder intim vermischt sind (psoriasiforme Syphilide, Seborrhoide nach Krätzkur oder anderen Reizzuständen der Haut).

Auffallend ist hierbei, wie gesagt, das konstante Vorkommen von Mikroorganismen in den Schuppen: Mikrokokken und Bacillen, die um so zahlreicher sind, je mehr Leukocyten und Fibrin vorhanden sind. Diese Parasiten sind meist auf sekundäre Infektionszustände zurückzuführen.

Vorlegen von Mustern von Jod- und Bijodidölen, von LAFAY. L. zeigt derartige Präparate, welche dem Jodipin der deutschen Firmen entsprechen. JULLIEN benutzt das Jodipin in Injektionen von 10—20 ccm. Das Medikament wird gut vertragen, aber seine Wirkung entspricht dem Jodkalium in wirklich heilsamen Dosen nicht. Was das Bijodidöl anbelangt, so ist ratsam, bei einer Dosis von 4 mg stehen zu bleiben, da stärkere von den Geweben nicht gut vertragen werden.

Erscheinungen nach Stichen von Ononis spinosa, von HALLOPEAU. Diese Pflanze verursacht mit ihren Dornen an der gestochenen Körperstelle beträchtliche Schwellung, intensive Schmerzen und häufig Eiterung. Diese Erscheinungen dauern ca. einen Monat.

Erscheinungen nach Anwendung von Perubalsam bei Krätze, von HALLOPEAU. In einem Falle von Krätze mittlerer Intensität und nach einer Einreibung von Perubalsam entstanden sehr schmerzhafte Ulcerationen, die erst nach einem Monat Bettruhe vernarbten.

JULLIEN: HALLOPEAU ist ein ausgezeichneter Beobachter, er weiſs aber sicher nicht, welche Qualität von Balsam angewendet und während 19 Stunden mit der Haut in Kontakt geblieben ist. Aufserdem hat er den Patienten erst viel später gesehen. Seit 1878 habe ich für meinen Teil niemals derartiges gesehen, weshalb mir die Sache etwas sonderbar vorkommt.

(Übersetzt von C. MÜLLER-Genf.)

Verhandlungen der American-Dermatological-Association

bei der 24. Jahresversammlung zu Washington 1.—3. Mai 1900.

Bullöse Dermatitis (Dermatitis herpetiformis?) bei Kindern; fünf im Gefolge der Vaccination beobachtete Fälle, von J. T. Bowen-Boston. Die Affektion charakterisierte sich als eine etwa acht Tage bis einen Monat nach der Impfung auftretende, diffuse Blasenbildung am ganzen Körper, wobei aber der Rumpf am wenigsten affiziert war. Neben der Blasenbildung traten auch mehr oder weniger Pigmentierungen, Erythem, Pruritus und gelegentlich Infiltrierungen einzelner Gebiete hervor. Namentlich zeichnete sich die Affektion durch grofse Hartnäckigkeit und Neigung zu Rezidiven nach anscheinender Heilung aus. Das Alter der Kinder variierte zwischen vier und zehn Jahren. In therapeutischer Hinsicht schien Chinin von Wert zu sein.

Dermatitis vesico-bullosa et gangraenosa mutilans. Ein Bericht über zwei Fälle mit hystero-traumatischer Ätiologie, von G. W. Wende-Buffalo. Aufser dieser von Duhring angewandten Bezeichnung führt die Affektion noch die Namen: 1. Gangraena spontanea, 2. Gangraena hysterica, 3. Zoster atypicus gangraenosus et hystericus, 4. Dermatitis gangraenosa, 5. Gangraena multiplex neurotica, doch ist die oben gewählte Benennung insofern vorzuziehen, als sie die Haupteigenschaften des Leidens präcis anführt. Die beiden in Rede stehenden Fälle betrafen Mädchen im Alter von 17 und 18 Jahren. No. I akquirierte im Anschlufs an ihre eigene Behandlung einer auf dem rechten Handrücken lokalisierten Warze mit reiner Karbolsäure neben ausgedehnter Rötung und Blasenbildung eine rapid verlaufende Gangrän, welche binnen fünf Wochen die Amputation des kleinen und vierten Fingers notwendig machte. Aufserdem entwickelten sich ähnliche Läsionen mit Bläschen, entzündlicher Rötung ohne Gangrän am Ellenbogen (2), am Gesicht (1) und am Vorderarm, doch heilten dieselben unter Hinterlassung von Pigmentierung ab. Der weitere Verlauf war charakterisiert durch heftige Schmerzattacken lanzinierender Art im Rücken und im Arme und in dem Auftreten zahlreicher Nachschübe ähnlicher Läsionen auf der Brust, dem Arm und Rücken in direktem Anschlufs an diese Schmerzattacken. Die Beobachtung erstreckte sich auf mindestens $^3/_4$ Jahr; eine eigentliche Erklärung des Zustandes gelang nicht.

Bei der zweiten Patientin waren die Läsionen auf den Nates lokalisiert und führten zu tiefer Gangränbildung mit ziemlich genau symmetrischer Verteilung auf beiden Seiten. Simulation konnte auch in diesem Falle bestimmt ausgeschlossen werden, wenn auch verschiedene neurotische Stigmata den Gedanken nahe legten. Bemerkenswert ist der Umstand, dafs in diesem Falle keine weiteren Körperteile ergriffen wurden. Ein Versuch mit Hypnotismus erzeugte zwar analoge aber mild verlaufende Läsionen an der dabei bezeichneten Stelle, hatte aber sonst keinen Vorteil und wird von W. durchaus nicht zur Nachahmung empfohlen. Die Krankheit blieb bei abwechselnder Besserung und Rezidiven Jahre lang bestehen.

Haarschwund; eine auf Beobachtung von 300 Fällen in der Privatpraxis gegründete klinische Studie, von G. T. Jackson-New York. Unter seinen Patienten waren 158 Männer (unverheiratet: 97 gegen 38 verheiratete, 1 Witwer, Rest unbezeichnet) und 142 weiblich. In dieser Beziehung wie auch im allgemeinen stimmen Js. Beobachtungen mit denen der meisten anderen Autoren überein. Er findet, dafs bei einer geringen Minorität der Fälle der Haarausfall auf Rechnung hereditärer Belastung allein zu setzen ist; bei der grofsen Mehrzahl der Fälle dagegen ist die Seborrhoe in der einen oder der anderen Form die Ursache. In einzelnen Ausnahmefällen sind atrophische Vorgänge in der Kopfhaut, Hyperidrosis, Keratosis und einige wenige andere Erkrankungen ätiologische Momente. In therapeutischer Beziehung

hat Verfasser am meisten Nutzen von einer Schwefelsalbe (Sulph. praecip. 3,0, Ungt. len. 30,0) mit oder ohne Salicylsäure (3—5 %) oder Extr. jaborandi (4,0 : 30,0). Auch giebt die Bronsonsche Verordnung Hydrarg. ammoniat. (1,2), Kalomel (2,4), Vaselin (28,5) gute Resultate. Nach Beseitigung der Seborrhoe ist das einzig wirksame Mittel zur Stärkung des Haarwuchses die Massage.

A. Ravogli verwendet bei trockener Seborrhoe eine alkoholische Lösung von Sublimat (1 : 200) mit Aqua camphorata. Bei Seborrhoea fluens und Hyperidrosis empfiehlt er R. Formaldehyd (1—2), Glycerin (2), Aq. Colonieus. Alcohol rect. ad (24).

J. N. Hyde: Die Kopfbedeckung der zivilisierten Völker ist die Hauptursache des Haarverlustes.

S. C. Gilchrist hat bei Negerinnen eine lineare Alopecie gesehen als Folge der festen Umschnürung des Kopfes mit einem Schutztuche bei der Arbeit.

S. Sherwell: Geeignete Einfettung der Haare ist zu ihrer Erhaltung dienlich, wie man an den Abyssiniern und anderen Völkern sehen kann.

Eine ungewöhnliche Erscheinung bei Syphilis-Othaematom, von J. Zeisler-Chicago. Ein 40jähriger Arzt akquirierte am Daumen eine kleine Läsion wie Verruca necrogenica, welche excidiert wurde. Bald nachher schwollen die Achseldrüsen an, und sechs Wochen nach der Excision entwickelte sich eine ausgedehnte charakteristische Roseola. Etwa ein Jahr nahher trat ohne erkennbare Ursache am rechten Ohr ein Othaematom ziemlich plötzlich hervor. Nach wiederholter vergeblicher Punktion verschwand dasselbe ziemlich prompt und definitiv bei Darreichung von ausgiebigen Dosen von Jodkalium. Redner weist darauf hin, dafs Syphilis sehr wohl Knorpel befällt, und dafs die Ohrmuschel keine Ausnahme bildet. Andererseits ist es nicht unwahrscheinlich, dafs Störungen am Nervensystem dabei eine Rolle spielen, wenn auch das Othaematom der Irren jetzt allgemein auf Trauma zurückgeführt wird. Dagegen konnte Brown-Séquard bei Hunden nach Durchschneidung der Corpora restiformia die Affektion auftreten sehen und an Schulkindern hat Z. in seiner Jugend die gröbste Gewalt in Form von Reifsen an den Ohren anwenden sehen ohne diesen Nachteil.

A. Ravogli glaubt, das Syphilis wohl nur als mittelbare Ursache durch Entwickelung von Arteriosklerose hierbei wirke.

Ein Fall von Brocqs Erythrodermie pityriasique en Plaques disseminées, von J. C. White-Boston. Patient war ein 38jähriger Irländer, bei welchem seit zwölf Jahren jeden Herbst im Gesicht und mehr oder weniger am ganzen Körper rote, bis rotbraune durchaus nicht erhabene, platte, teilweise mit kleinen Schuppen bedeckte, niemals juckende Flecke sich zeigten. Bei Eintritt der wärmeren Jahreszeit verschwanden sie regelmässig. Mit Parakeratosis variegata hatten sie etwas Ähnlichkeit, doch fehlte jegliche Papelbildung. Auch andere Affektionen wie Psoriasis, Ekzema seborrhoicum, Pityriasis rosea, Lupus erythematodes etc. waren auszuschliessen. Ein zweiter ganz ähnlicher Fall wurde um dieselbe Zeit von C. J. White beobachtet. Bei der histologischen Untersuchung ergaben sich als die Haupterscheinungen: Fehlen des Stratum lucidum, desgleichen Fehlen von Verbildungen in der Körnerschicht; Zeichen von Ödem im Rete, Auseinanderweichen der Zellen, welche eine geringere Tinktionsfähigkeit zeigen und schliefslich atrophieren. Ferner sind die elastischen Fasern vermindert. Die therapeutischen Mafsregeln erzielten keine wesentlichen Erfolge.

P. A. Morrow-New York sprach über **die Prophylaxe und Bekämpfung der Lepra in den Vereinigten Staaten.** (Siehe auch Referat Bd. 31. pag. 406.) Er fordert von der Zentralregierung die Einrichtung von wirklichen Sanatorien ohne den Beigeschmack eines Gefängnisses, wo die Kranken ärztlich behandelt und nicht

bloſs bis zu ihrem Tode aufbewahrt werden. Die Erfolge, welche man bei der Behandlung der Tuberkulose neuerdings erzielt hat, ermutigen dazu, auch bei der Lepra bei frühzeitigem Erkennen der Erkrankung mit therapeutischen Versuchen nicht abzulassen. In prophylaktischer Beziehung ist das System zu empfehlen, das in Bezug auf die japanischen Einwanderer nach Hawaii in Geltung ist. Dieselben werden vor ihrem Abgang aus Japan und wiederum bei ihrer Ankunft in Hawaii untersucht, und es sind seitdem unter 26000 eingewanderten Arbeitern nur sechs Fälle von Lepra vorgekommen. Andererseits leben im Staate Louisiana jetzt nachweislich wenigstens 300 Kranke, während vor 25 Jahren keine sechs aufzufinden waren. Jedenfalls ist auch noch eine bessere Ausbildung der Ärzte im allgemeinen in Bezug auf die frühzeitige Diagnose ein notwendiges Erfordernis.

Die Häufigkeit parasitärer Hautkrankheiten und die zu ihrer Bekämpfung nötigen Mafsregeln, von W. T. Corlett-Cleveland. (Siehe Bd. 31. pag. 138.)

Bericht über zwei Fälle von hartnäckiger Schuppenbildung an den Lippen, von H. W. Stelwagon. (Siehe Bd. 31. pag. 106.) Diskussion: Hartzell, Hyde, Morrow, Corlett und Gilchrist haben alle je zwei ähnliche Fälle beobachtet. Letzterer hatte Gelegenheit, Lippenteile zu excidieren und fand unter der Schleimhaut zahlreiche kleine, gelbe Punkte, welche als Talgdrüsen zu deuten waren. Er schlägt den Namen Seborrhoea mucosa vor. Morrow hat Erfolg gehabt, indem er nach Aufweichung mit Öl gehörig grüne Seife aufreiben liefs und dann eine Salbe von Ungt. hydrargyr. nitrat. (2—4), mit Ungt. zinc. (6) einrieb, bei gelegentlicher Pinselung mit Tinct. benz.

Allgemeines Thema: Maligne Erkrankungen der Haut.

a) **Das Wesen der malignen Hauterkrankung und deren Übergangsformen,** von E. B. Bronson-New York. Redner führt aus, dafs sich aus der histologischen Beschaffenheit in vielen Fällen eine Erklärung für die Malignität resp. Benignität der Neubildungen noch gar nicht erbringen läfst, und weist dabei hin auf derartige in dieser Beziehung noch rätselhafte Erscheinungen wie Molluscum contagiosum (Epithelioma contagiosum, nach Neissers Benennung), Ulcus rodens, das Epithelioma adenoides cysticum von Brooke, das Adenoma sebaceum, das Lymphangioma tuberosum multiplex von Kaposi, Spieglers Endoepitheliom, Unnas Carcinoma serpiginosum multiplex und Thibiergers Fall von Epithelioma serpigineux de la Region frontale. Von letzterer Affektion hat Redner ebenfalls einen Fall von zehnjährigem Bestande beobachtet.

b) **Die Ätiologie und Pathologie der die Epithelialgewebe betreffenden malignen Hauterkrankungen,** von M. B. Hartzell-Philadelphia. (Bd. 31. pag. 588.)

c) **Die Behandlung maligner Hauterkrankungen,** von F. Shephera-Montreal. (Bd. 31. pag. 589.)

Ein im Narbengewebe nach Lupus vulgaris entstandenes Hautendotheliom, Angiosarkom der Haut, von J. A. Fordyce-New York. Folgender Fall wird vom Autor als ein Unikum mitgeteilt. Eine 46jährige Frau bot neben einem 15 Jahre alten Lupus vulgaris des Vorderarms an einer Stelle des Erkrankungsgebietes einen gut erbsengrofsen Knoten dar, welcher durch elektrolytische Behandlung sich nur verschlimmerte und deshalb excidiert wurde. An den mikroskopischen Schnitten sah man, dafs das Derma in seinem ganzen Umfang von grofs- und kleinzelligen, unregelmäfsig rundlichen, ovalen und länglichen Zellmassen durchsetzt war. Letztere waren von einem Netz von zarten Bindegewebsstreifen, die kleine, einkernige Zellen enthielten, umgeben. Vielfach waren die Zellmassen um zentrale Hohlräume herum angeordnet, und es war deutlich ein Zusammenhang zwischen ihnen und der Endothelauskleidung der Blutgefäfse zu erkennen.

Ätiologie und Pathologie des Hautkrebses, von A. Ravogli-Cincinnati. R. unterscheidet drei Formen, den lobulären, den lentikulären und den papillomatösen Krebs. Bei der ersten Form, dem lobulärem, der dem „einfach malignen" Unnas entspricht, sieht man eine erhebliche Zunahme des Stratum mucosum; die Epithelzellen sind vergrößert und enthalten große Kerne. Zwischen den Papillen finden sich keulenförmige Anhäufungen von diesen Zellen und an Stelle der Talgdrüsen sieht man infiltrierende Epithelzellen rundliche und unregelmäßig gestaltete Nester im Stroma des Derma bilden. Die Hornschicht der Epidermis fehlt, und es bleibt nur ein Teil des Stratum lucidum übrig. Statt der Keulenform sieht man die Epithelmassen manchmal eine spitze Gestalt annehmen, die stiloide Form. Wenn eine reichliche Entwickelung von Bindegewebe die Geschwulst umschließt, kann sie viele Jahre ohne großen Nachteil fortbestehen. Das Carcinoma lenticulare entspricht dem tiefsitzenden knotenförmigen Krebs, der sich übrigens auch aus der ersten Form entwickeln kann. Derselbe verläuft rasch und affiziert in wenigen Jahren auch die Lymphdrüsen. Man sieht dabei eine ausgesprochene alveoläre Struktur namentlich in den tieferen Schichten des Derma. Die Papillen zeigen keine erheblichen Veränderungen; die Blutgefäße sind wesentlich vergrößert. Die Epithelzellen sind zu Nestern vereinigt und bilden kleine von kollagenen Bündeln umgebene Alveolen. Dieser Typ entspricht dem Unnaschen „kleinen Alveolarkrebs".

Als dritte Gruppe nennt R. das papillomatöse Karzinom, entsprechend dem wuchernden Krebse von Unna. Dasselbe ist besonders infektiös, ergreift frühzeitig die Lymphdrüsen und bildet Metastasen. An solchen Blumenkohlgewächsen sieht man die Hornschicht der Epidermis zerstört, und das Corpus mucosum bedeckt als hypertrophische Masse eine Menge verlängerter Papillen, welche mit den normalen Papillen nichts zu thun haben, sondern aus den oberen Schichten des Dermas mit verschiedentlichen Verzweigungen hervorgegangen sind.

Ein Fall von Muttermal-Krebs; Metastase, Operation; Heilung, von S. Pollitzer-New York. (Siehe Bd. 31. pag. 139.)

Syphilitische Läsionen vom Quaddeltypus, von H. G. Klotz-New York. Quaddelartige Läsionen bei Syphilis werden in der Litteratur nur selten erwähnt. K. hat nur bei Fournier, Bazin und Langlebert, sowie von Amerikanern bei R. W. Taylor Bemerkungen darüber gefunden. Er selbst hat diese Gebilde nicht ganz selten beobachtet und zwar gelegentlich als einzige Äußerung des Leidens, welcher erst 14 Tage später andere Hautsymptome folgten. Sie sind fast nur auf der oberen Fläche des Rumpfes, ganz vereinzelt auch auf den Seiten der Brust, dem Rücken und der Innenfläche der Oberschenkel lokalisiert; meist sind es ihrer nicht mehr als etwa 25—30; im angeführten Falle nur drei. Sie machen den Eindruck von ganz besonders dunkelroten, manchmal fast bordeauxweinfarbenen Urticariastellen ohne Regelmäßigkeit oder Symmetrie der Verteilung. Es sind flachkugelige Erhebungen von $^1/_4$—$^1/_2$ Zoll Durchmesser mit der größten Erhebung im Zentrum; sie fühlen sich fast elastisch aber nicht hart an. Die Epidermis ist dabei durchaus intakt, und subjektive Beschwerden fehlen gänzlich. Gewöhnlich erscheinen sie drei bis vier Monate nach der Infektion und bleiben abgesehen von der nachfolgenden Pigmentierung etwa sechs bis acht Wochen bestehen.

Ein Fall von Xanthoma diabeticorum, von S. Sherwell-Brooklyn und J. C. Johnston-New York. (Siehe Bd. 31. pag. 586.)

Eine Pilzkrankheit; die Dermatitis protozoica Rixfords und Gilchrists, von D. W. Montgomery-San Francisco. (Siehe Bd. 31. pag. 582.)

Dermatitis blastomycetica und deren Beziehung zu Framboesia, von J. Dyer-New Orleans. Bericht über einen einschlägigen Fall bei einem 55jährigen

Fräulein, Haushälterin, bei welcher die Diagnose eine zeitlang zweifelhaft war. Lokaliniert war die Affektion an Stirn und Händen und heilte schliefslich unter Darreichung von Jodkalium. Die mikroskopische und bakteriologische Untersuchung bestätigte die Diagnose, indem verschiedentlich Blastomyceten nachgewiesen wurden.

Drei Fälle von Blastomycesinfektion der Haut, von denen der eine nur in einem „Tumor" der Unterlippe bestand, von F. H. Montgomery-Chicago. Pathologisch-anatomischer Bericht über die zwei ersten Fälle, von H. T. Ricketts-Chicago.)

I. Ein 45jähriger Arbeiter im Getreidegeschäft zeigte auf der Schleimhaut der Unterlippe einen knolligen, an Epitheliom erinnernden Tumor. Jodkalium hatte wenig Einfluſs auf das Wachstum, aber nach der Excision heilte die Wunde glatt aus. Es wurden charakteristische Sprofspilze nachgewiesen und auf verschiedenen Medien weiter kultiviert. Auch ergaben Tierexperimente (Meerschweinchen, Kaninchen, Mäuse) positive Resultate.

II. Ein 38jähriger Zimmermann entwickelte nach Trauma am Handrücken und am Kinn Neubildungen, welche einerseits mit Tuberculosis verrucosa cutis, andererseits mit papillösem Epitheliom Ähnlichkeit darboten. Die Diagnose war lange zweifelhaft. Blastomyceten wurden erst nach jahrelangem Bestehen der Affektion gefunden. Unter Jodkalium in grofsen Dosen Besserung.

III. Ein 33jähriger Zimmermann hatte seit sieben Jahren eine stetig wachsende, papiliomatöse, fast die ganze Interskapulargegend einnehmende Geschwulst gehabt. Er starb kaum ein Jahr nachher an akuter Miliartuberkulose der Lungen und anderer Organe. In der Geschwulst wurden vielfach Blastomyceten gefunden und ganz vereinzelt ein paar Tuberkelbacillen.

Bericht über zwei Fälle von Blastomycosis cutis beim Menschen, nebst einer Übersicht der Litteratur über Blastomycosis hominis, von J. N. Hyde-Chicago und H. T. Ricketts-Chicago. Der erste Fall betraf einen 33jährigen Landwirt, bei dem die Affektion die Umgebung des linken Auges in typischer Weise mit unregelmäfsig hervortretenden, mehr oder weniger festen Tumoren und kleinen Abscessen ergriffen hatte. Der zweite fand sich bei einem städtischen Arbeiter am rechten Vorderarm, der von einem 6 cm breiten Streifen von Wucherungen und Geschwüren fast total umschlossen war. Bei beiden hatte die Affektion bereits einige Jahre bestanden, und bei beiden trat unter möglichst grofsen Gaben Jodkaliums fast völlige Heilung ein.

Über die histologischen Verhältnisse und Kulturversuche berichtet Ricketts. Er fand die Blastomyceten in grofser Zahl im Gewebe und im Eiter der kleinen Abscesse. Tierversuche fielen negativ aus. Die tabellarische Übersicht der bisher veröffentlichten 17 Fälle (seitdem etwas vermehrt) ergiebt, dafs bis auf einen alle Fälle dieser Art in Amerika konstatiert wurden. Am meisten Ähnlichkeit hat die Affektion mit Epitheliom und mit Tuberculosis verrucosa cutis. Syphilis kann mit ziemlicher Bestimmtheit ausgeschlossen werden. Die operative Entfernung der Wucherungen hat in geeigneten Fällen wiederholt gute Resultate ergeben.

Bei der Diskussion erachten Bowen und Zeisler die Ätiologie noch nicht für bestimmt erwiesen, während die anderen Redner im allgemeinen den Referenten beipflichten.

Ein Fall von Erythema elevatum diutinum (?) oder ringförmiger Knotenausschlag an den Extremitäten eines Kindes, von T. C. Gilchrist. Die Affektion bestand bei dem 8jährigen gutgenährten Knaben seit mehr als einem Jahr zunächst in Form von zwei erbsengrofsen, rötlichen, harten Knoten am rechten Handgelenk. Später entwickelten sich ähnliche Läsionen auf beiden Fufsrücken, dann an

der rechten Kniekehle und wiederum (4) an beiden Fufsgelenken. Die Läsionen entwickeln sich allmählich aus einem rötlichen Knoten zu unregelmäfsig geränderten, bläulichroten Ringen mit fast normalem, etwas eingezogenem Zentrum. An einem excidierten Stück fand sich, dafs die Krankheit eine von den tieferen Teilen des Coriums ausgehende, chronische Entzündung darstellt. Im subkutanen Gewebe war das Fett fast gänzlich verschwunden; die Blutgefäfse waren meist von lymphoiden Zellen umgeben, während im übrigen das Gewebe Anhäufungen von grofsen, unregelmäfsig gestalteten Zellen mit sehr grofsen Kernen aufwies. Von diesen letzteren Zellen sind viele spindelförmig, andere dagegen würfelförmig; sie erinnern auch an die epitheloiden Zellen bei Tuberkulose. Unter Darreichung von Leberthran und Hypophosphatsyrup verschwanden die Läsionen fast vollständig, während sie vorher vollständig stationär geblieben waren. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Medizinische Sektion der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur.
Sitzung vom 7. Juni 1901.

(*Allgemeine medizinische Centralzeitung.* 1901. No. 59 u. 60.)

Scholtz demonstriert an einigen Präparaten von **Ekzem, Lichen chronicus (Vidal) und Dyshidrosis** die histologischen Unterschiede dieser Affektionen. Für das Ekzem ist das intercelluläre Ödem in der Stachelschicht mit folgender spongoider oder vesikulärer Umwandlung des Rete charakteristisch; beim Lichen chronicus findet sich Verlängerung der Papillen, herdförmige Infiltrate im Corium und Verbreiterung des Rete; bei der Dyshidrosis beginnt die Bläschenbildung stets in der Körnerschicht zwischen zwei Papillen und beim Wachstum der Bläschen findet Abplattung und Verdrängung der benachbarten Epithelzellen statt.

Klingmüller zeigt in einer Reihe von Präparaten die charakteristischen histologischen und bakteriologischen Befunde bei den verschiedenen Formen der **Lepra**.

Über einen Fall von **Milzbrand der Haut und der inneren Organe** berichtet Herrmann. Ein Knecht hatte sich beim Schlachten eines milzbrandverdächtigen Tieres mit den spitzen Knochenteilen oberflächliche, strichförmige Läsionen an den Armen beigebracht. Zwei Tage später an diesen Stellen Auftreten von Knötchen, Ödem, Drüsenschwellung. Das Odem breitete sich über die ganzen Arme aus, die Knötchen wandelten sich in Pusteln um, die teils zerstreut, teils dicht bei einander lagen, im ganzen etwa 40 an Zahl. Bakteriologische Untersuchung des Pustelinhaltes ergab typischen Milzbrand. Es erfolgte Exitus letalis. Die Sektion ergab in den inneren Organen makroskopisch nur Milzschwellung und Blutungen, Erosionen und kleine Geschwüre in Magen und Dünndarm. Herrmann demonstriert mikroskopische Präparate von einer Pustel, einem Magengeschwür und der Niere; in allen Präparaten sehr reichliche Bacillenanhäufungen.

Juliusberg weist in seinem Vortrage: **„Zur Pathologie der Tuberkulide"** darauf hin, dafs der Lichen scrofulosorum eine wahre Hauttuberkulose ist, also nicht zu den Tuberkuliden gehört, dafs die Acne scrofulosorum der Engländer in engem Zusammenhang zum Lichen scrofulosorum steht, und dafs die Stellung der „Folliclis" noch nicht geklärt ist. Der positive Bacillenbefund und das positive Impfresultat Philippsons stehen bisher vereinzelt da; den von diesem Autor beschriebenen Befund der primären Thrombosenbildung mit nachfolgender Nekrose bei der Folliclis konnte J. bestätigen. An Präparaten von Lichen und Acne scrofulosorum sowie von Folliclieffloreszenzen zeigt J. die bemerkenswerten histologischen Vorgänge.

Eine gröfsere Serie von mikroskopischen Präparaten demonstriert Schäffer zur Frage **„über die Einwirkung von Hitze, Kälte und feuchter Wärme auf Entzündungsprozesse in der Haut."** Über die physiologische Wirkung dieser praktisch viel gebrauchten Mafsnahmen ist Genaueres nicht bekannt, deshalb ist auch die Indikation für die verschiedenen Behandlungsarten sehr willkürlich und schwankend. Sch. hat seine Versuche in der Weise angeordnet, dafs er an symmetrischen Körperstellen seiner Versuchstiere (Kaninchen) nach bestimmter Methode Katgut- oder Seidenfäden durch die Haut und das Unterhautbindegewebe zog und eine bestimmte Zeit darin beliefs. Durch einfache Fremdkörperwirkung (sterile Fäden), durch chemischen Reiz (in Höllenstein-, Karbolsäure- etc. Lösung getränkte Fäden), durch bakterielle Reize (Imprägnierung der Seidenfäden mit Aufschwemmung einer Bakterienkultur) konnten so an symmetrischen Stellen Entzündungszweige von gleicher Intensität gesetzt werden. Wurde die eine Seite in der gewünschten Weise therapeutisch behandelt, so konnte die dadurch bedingte Veränderung studiert und mit der unbehandelten Kontrollseite jederzeit verglichen werden. Die Präparate der unbehandelten Seite zeigen eine Leukocytenansammlung rings um den Faden, welche von der Epidermis nach der Cutis hin immer stärker wird. Heifse Breiumschläge hatten das Resultat, dafs die den Faden umgebende Leukocytenzone in allen Hautstückchen fehlt; dagegen fand sich beträchtliche Erweiterung der Blut- und Lymphgefäfse, sowie seröse Durchtränkung aller Gewebsschichten. Bei weniger heifsen Umschlägen war auch die Behinderung der Leukocyten, namentlich in der Tiefe, eine weniger vollkommene. Die praktische Verwertung dieser Resultate liegt auf der Hand. Sch. fand ferner, dafs auch ein durch vollvirulente Staphylokokken ausgelöster Entzündungszweig bei frühzeitiger und energischer Verwendung von Hitze in der Haut nicht im stande ist, eine Eiterung hervorzurufen. Der Einfluſs der Eisblase auf entzündliche Vorgänge ist nicht so auffallend; die Leukocytose ist wohl vermindert, kann aber nie ganz vermieden werden. In weiteren Versuchen will Sch. den Einfluſs der verschiedenen therapeutischen Mafsnahmen auf schon längere Zeit bestehende Entzündungsprozesse studieren.

Die gleiche Versuchsanordnung hat Plato benutzt, um den **Einfluſs von Spiritusverbänden auf entzündliche Vorgänge in der Haut** festzustellen. Aus den von Pl. vorgelegten Präparaten geht hervor, dafs Verbände mit 96—98,5%igem Alkohol die Leukocytenbildung häufig, auch in der Tiefe, völlig verhinderte; sie erzeugen starke Hyperämie und starkes Ödem. 80—90%iger Alkohol wirkt noch hemmend auf die Infiltratbildung, ohne so starke Hyperämie und so starkes Ödem zu erzeugen. Bei 60—70%igem Alkohol wurde eine hemmende Wirkung nicht mehr konstatiert. Kombinationen von Alkoholverbänden (80—98,5%) mit heifsen Breiumschlägen verhindern die Infiltratbildung und rufen mächtige Ödeme hervor. Eine Schicht Zinkpaste zwischen Haut und Alkoholverband schwächt die Wirkung ab. Pl. berichtet, dafs in der Breslauer Hautklinik Spiritusverbände bei akuter Epididymitis blennorrhoica, Bubonen, nach Ulcus molle und anderen Entzündungsprozessen mit bestem Erfolg verwandt würden. Bewährt hat sich noch besonders ein Zusatz von 3%igem Acid. salicyl. zum Spiritus.

Schäffer demonstriert Präparate von gefärbten, auf Agarmembranen gezüchteten Pilzkulturen. Das ebenso einfache wie sinnreiche Verfahren besteht darin, dafs ein Visitenkartenblättchen mit einer ovalen, 1—2 cm langen Öffnung versehen, dann sterilisiert und in den flüssig gemachten Nährboden getaucht wird. Es bildet sich sogleich eine sehr feine, zarte Membran, die die Öffnung vollständig verschliefst und gleichmäfsig ausfüllt. Die Karte wird auf zwei sterilen Glasstücken wagerecht in eine feuchte Kammer (Petrisches Schälchen, am Boden mit feuchtem Fliefspapier versehen)

gelegt. Auf die Membran werden Bakterien oder Pilze überimpft. Nachdem Wachstum erfolgt ist, wird die Membran herausgeschnitten und kann wie ein mikroskopisches Präparat verarbeitet werden. Selbst komplizierte Färbemethoden ergeben schöne und gleichmäßige Präparate. Kulturen von Aspergillus elevatus, Penicillium glaucum und Trichophyton tonsurans legt Sch. vor. Die Präparate eignen sich sowohl zu Demonstrationszwecken als zur Mikrophotographie. *A. Loewald-Cassel.*

Fachzeitschriften.

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane.

Band XII, Heft 5—8.

Cystoskopische Befunde bei Blasentuberkulose, von Barlow. Verfasser beschreibt vier von ihm cystoskopisch untersuchte Fälle von Blasentuberkulose, die beweisen, in welch verschiedener Weise die Erkrankung sich darstellen kann; in drei Fällen wurden Tuberkelbacillen nachgewiesen.

Tuberkulose der Harnorgane und ihre Behandlung, von Fritz Rörig. Verfasser behandelte eine 38jährige Frau, die an Blasentuberkulose litt (es fand sich cystoskopisch in der Nähe der rechten Ureterenmündung ein etwa bohnengroßes tuberkulöses Geschwür) mit dem Klebsschen Tuberkulocidin, und zwar mit ganz vorzüglichem Erfolge; der Harndrang verringerte sich erheblich, die Blasenkapazität nahm zu, der Urin wurde klar, das Allgemeinbefinden besserte sich. Ob man nach nunmehr einvierteljährlicher Behandlung von dauernder Heilung reden kann, bleibt dahin gestellt.

Soll man während der Bottinischen Incision den Zeigefinger im Rectum des Patienten haben? von Freudenberg. Verfasser polemisiert auf Grund seiner Erfahrungen gegen Schlagintweit, der geraten hatte, während der Operation den Zeigefinger im Rectum zu haben. Er will nur vor der Operation mit dem Finger die Lage des Instrumentes kontrolliert wissen, da sonst durch den Fingerdruck leicht die Klinge verbogen werden kann.

Über die Schwierigkeit, den Bottinischen Incisor an der gewünschten Stelle der Prostata anzusetzen, von Schlagintweit. Natürlich wendet sich Sch. mit einer ausführlichen Begründung seiner Ansicht gegen die obige Polemik.

Über die Brauchbarkeit der Hefegärung zum Nachweise des Traubenzuckers im normalen Harn, von Malfatti. Verfasser hat durch Untersuchungen festgestellt, daß für größere Zuckermengen die Gärprobe in der Lohnsteinschen Anordnung ebenso gute Resultate giebt, wie die Polarisation; andererseits stellt er aber auch fest, daß kleinste Zuckermengen durch die Gärung direkt nicht bestimmt werden können.

Zwei seltene Fälle von Blasenstein, von Fritz Rörig. Im ersten Falle handelte es sich um einen Stein von 13 mm Durchmesser bei einem fetten 3½jährigen Jungen, der durch Sectio alta entfernt wurde, da Verfasser kein Instrument hatte, das die enge Harnröhre passierte. Der zweite Stein fand sich bei einem 36jährigen Herrn, war gänseeigroß und saß fest eingeklemmt in einem Divertikel mit wallartig aufgeworfenem Rande, so daß er nur mit einer kleinen, kaum gewölbten Fläche ins Blaseninnere hineinragte. Da er mit dem Lithotriptor nicht zu fassen war, wurde

auch hier die Sectio alta gemacht und unter vielen Mühen der zertrümmerte Stein nach und nach herausgeholt.

Erwiderung auf SCHLAGINTWEITs „Bemerkungen zu FREUDENBERGs Bemerkungen" in Heft 5 dieses Centralblattes, von FREUDENBERG.

Schlussbemerkung zu FREUDENBERGs „Erwiderung" auf Seite 301 dieses Heftes, von SCHLAGINTWEIT. Die nicht gerade freundschaftlich gehaltenen Auseinandersetzungen, in denen jeder der beiden Herren auf seinem Standpunkt beharrt, mögen die Interessenten im Original nachlesen.

Zur Behandlung der Blasengeschwülste, von LOEWENHARDT. Verfasser empfiehlt die endovesikale Operationsmethode der gutartigen Blasengeschwülste nach seinen Erfahrungen dringend, da sie leicht am Phantom erlernt werden kann und für den Patienten bequem und gefahrlos, ferner exakt und gründlich auszuführen ist. Einschränkungen sind zu machen bei Übergang in bösartige Geschwülste, worüber noch keine Erfahrungen vorliegen und bei enger Harnröhre, sowie bei starker Allgemeinreaktion des Patienten. Verfasser beschreibt auch einige neue, von ihm konstruierte Instrumente.

Schlussbemerkung zu SCHLAGINTWEITs Schlussbemerkung auf Seite 305 dieses Centralblattes, von FREUDENBERG.

Experimentelle Untersuchungen über die Infektion der Harnblase, von FALTIN. Auf Grund zahlreicher Versuche fand Verfasser, dafs nach einer Rectumläsion in der Prostatahöhe, mag sie noch so tief oder ausgedehnt sein, bei unbeschädigter Blase in der Regel weder Cystitis noch Auftreten von Darmbakterien in der Blase zu konstatieren ist, wenn nicht zu gleicher Zeit eine tötliche Allgemeininfektion oder Peritonitis als Folge der Läsion besteht, was nach gröfseren Läsionen oft der Fall ist. In diesen Fällen kann eine Bakterienausscheidung durch die Nieren zu stande kommen und zu einer Bakteriurie, resp. Cystitis führen. In das lymphgefäfsreiche Gebiet, welches Rectum und Blase vereinigt, können sehr oft schon nach geringfügigen Läsionen Bakterien eindringen. Ist die Blase durch künstliche Retention geschädigt, so kann mitunter von einer Rektalwunde aus ein Durchwandern von Darmbakterien längs dieser Bahnen stattfinden und so kann eine Bakteriurie oder Cystitis entstehen.

Bestimmung des Ureterenverlaufs vor der Operation, von LOEWENHARDT. Verfasser hat den Verlauf des Ureters durch Röntgenphotographie festgestellt, nachdem er vorher einen mit Bleimandrin armierten Ureterenkatheter in den betreffenden Ureter eingeführt hatte.

Über das infiltrierte Carcinom der Blase, von ENGLISCH. Diese Krebsform gehört zu den seltensten, die Krebsmasse ist zwischen den Muskelbündeln der Blase eingelagert und bedingt erst spät Veränderungen der Blasenschleimhaut und des perivesikalen Zellgewebes. Die infiltrierte Blase bildet eine harte Geschwulst in der Unterbauchgegend; nach dem Katheterismus ändert sich ihre Gröfse nur wenig; die Blasenhöhle ist verkleinert; es besteht häufiger und sehr schmerzhafter Harndrang, auch aufser der Zeit werden die Kranken von Schmerzen gequält.

Über die Bestimmung kleiner Traubenzuckermengen im Harn durch Gärung, von LOHNSTEIN. Verfasser widerlegt die von MALFATTI gegen seine Methode gemachten Einwände und hält dementsprechend seine Resultate in jeder Beziehung aufrecht.

Band XII, Heft 9.

Weitere experimentelle Untersuchungen über die Infektion der Harnblase vom Darm aus, von FALTIN. Verfasser fafst die Resultate seiner Untersuchungen folgendermafsen zusammen:

Eine Koprostase, erzeugt durch Analverschluſs von 36—48stündiger Dauer, genügt im allgemeinen nicht, um eine Überschwemmung des Körpers mit Darmbakterien hervorzurufen.

Nach genügend lange dauernder künstlicher Kotstauung können solche Darmveränderungen entstehen, daſs Darmbakterien entweder direkt oder durch Vermittelung des Peritoneums in den Kreislauf dringen können. Eine Bakterienausscheidung durch die Nieren ist unter diesen Umständen möglich, ist aber ebenso wie die Bakteriämie selbst als ein agonaler Vorgang aufzufassen; eine vorübergehende Bakteriämie kann nicht erzeugt werden.

Nach genügend lange dauernder Kotstauung können Darmbakterien, ohne erst in den Kreislauf gelangt zu sein, in der Harnblase auftreten. Dabei sind aber gewöhnlich solche Alterationen im Organismus eingetreten, daſs später sehr oft eine tötliche Allgemeininfektion, wahrscheinlich von dem beschädigten Darm oder von der Blase aus, entsteht.

Die Bakterien dringen dabei in einigen Fällen per urethram, in anderen Fällen wahrscheinlich auf direktem Wege, längs den Lymphbahnen in die Blase hinein, aber ob von den Schleimhautläsionen des Rektums oder von Verletzungen in der Analgegend aus, ist nicht zu entscheiden.

Besteht oder hat eine durch Urethraumstechung erzeugte Harnstauung bestanden, so ist das Auftreten von Bakterien in der Blase häufiger, und kann eine Cystitis entstehen.

Ein zweiblätteriger Spüldilatator, von Arthur Lewin. Da der Kollmannsche Spüldilatator sehr dick ist, auch seine Branchen einen groſsen Teil der Schleimhaut decken, so hat Verfasser ihn in der Weise modifiziert, daſs er nur noch einen Umfang von Charrière 20 hat; ferner hat er ihn wieder zweibranchig konstruiert und ermöglicht die Dehnung in verschiedenen Ebenen dadurch, daſs der geschlossene Dilatator um die zentrale Spülungsachse drehbar ist. *F. Hahn-Bremen.*

Lepra.

Band II, Heft 3.

I. **Gerhard Henrik Armauer Hansen,** von H. P. Lie-Bergen. Zu Hansens 60. Geburtstage.

II. **Die Lepra in Kreta,** von Ehlers-Kopenhagen und Cahnheim-Dresden. (Fortsetzung und Schluſs.) Nach den einleitenden historisch-geographischen Bemerkungen berichten die Verfasser, daſs es seit undenklichen Zeiten, obwohl gesetzliche Bestimmungen fehlen, Sitte in Kreta ist, die Leprösen zu isolieren. Trotzdem ist von einer Abnahme der Lepra auf der Insel nicht die Rede. Bei näherem Zusehen erweist sich nämlich die ganze Isolierung, wie sie dort gehandhabt wird, als vollkommen verfehlt. Vier Lepraasyle befinden sich auf der Insel; in ihnen erhalten die Leprösen keine ausreichende Verpflegung auf Staatskosten, sondern sind auf Bettelei angewiesen, um leben zu können. Statt in den Asylen isoliert zu bleiben, wandern und streichen die Kranken im ganzen Lande herum, genieſsen die Gastfreundschaft gesunder Menschen, benutzen deren Betten etc. 25—33% der Insassen sind ständig unterwegs. Selbst in den Asylen leben die Kranken mit gesunden Menschen zusammen, da sie Besuche in die ihnen gehörigen Hütten aufnehmen und die Hütten sogar an Gesunde weitervermieten. Sie stehen ferner mit Gesunden in Handelsbeziehungen, indem sie ihnen Eier und selbstgemolkene Milch verkaufen. Daſs bei derartigem Zusammenleben nicht selten Ansteckungen Gesunder erfolgen, wird danach nicht mehr

Wunder nehmen. Die Verfasser berichten über drei derartige Fälle. — Bei Bereisung der Insel standen den Verfassern für ihre Nachforschungen die offiziellen Listen zur Verfügung. Mit Rücksicht darauf, daſs die Lepra vorwiegend eine Krankheit der Hausgenossenschaft ist, wurden, soweit erreichbar, die sämtlichen Familienangehörigen der auf den Listen Bezeichneten untersucht. — Die Lebensgewohnheiten der Bevölkerung Kretas begünstigen das Entstehen der Krankheit; die Nahrung besteht bei einem groſsen Teil der Bewohner ausschlieſslich aus Oliven und Brot, die Wohnungen sind unsauber, licht- und luftlos. — In ihren Erscheinungsformen zeigt die Lepra auf der Insel einige Besonderheiten. Dem warmen Klima entsprechend ist der Verlauf langsamer und milder als in kalten Gegenden; daher eine besondere Häufung der gutartigen, anästhetischen Formen, die fast die Hälfte aller Fälle ausmachen, während sie in Norwegen z. B. sich auf ein Drittel der Fälle beschränken. Die im Norden so häufigen schweren, lancinierenden Neuralgien kommen auf Kreta kaum je zur Beobachtung. Auffallend häufig dagegen trafen die Verfasser das Mal perforant an, jedenfalls eine Folge der Gewohnheit des Barfuſsgehens bei den Kretensern. Die dadurch hervorgerufenen Risse und Schrunden an den Füſsen erklären es auch, weshalb die ersten und schwersten Erscheinungen der Lepra überhaupt sich an den unteren Extremitäten vorfinden. Als weitere Beweise für den milden Verlauf der Krankheit führen die Verfasser zwei Fälle geheilter und neun Fälle „abortiver“ Lepra an. Die geheilten Fälle betrafen Personen, bei denen die letzten floriden Erscheinungen seit 17 resp. 12 Jahren verschwunden waren; die einzigen Überreste bestanden in umschriebenen Anästhesien und in Anschwellungen der Nervi ulnares. Die Beobachtungen über „Formes frustes“ sind noch nicht sehr zahlreich. Die Fälle der Verfasser sind dadurch ausgezeichnet, daſs die Lepra sich nur durch eine ganz geringe Zahl von Symptomen äuſserte, die fast durchweg dem Nervengebiete angehörten, und daſs die Krankheit seit Jahren keine weiteren Fortschritte gemacht hatte. Ein besonders häufiges Symptom war die Camptodactylie (Klauenhand), die Folge von Entzündungen der Nervi ulnares. — Insgesamt haben die Verfasser 378 Lepröse zu Gesicht bekommen, von denen 39 den offiziellen Listen noch nicht bekannt waren. Alles in allem schätzen die Verfasser die Zahl der Leprösen auf etwa 600 und sind der Ansicht, daſs die Zahl in den letzten Jahrzehnten immer ziemlich dieselbe geblieben ist. Von den vier Provinzen ist Candia am stärksten, Larithi am wenigsten beteiligt; nur der Bezirk Sphakia ist völlig leprafrei. — Auf Wunsch des Prinzen Georg besuchte Cahnheim auch die Halbinsel Spinalonga, um sich gutachtlich darüber zu äuſsern, ob sie sich dazu eigne, als Isolierkolonie für alle Leprösen der Insel eingerichtet zu werden; C. hat ein durchaus zustimmendes Urteil abgeben können. Den Abschluſs der mühevollen Untersuchungen der Verfasser bildet der Entwurf eines Isolierungsgesetzes.

III. **Untersuchungen über einen Fall von makulöser anästhetischer Lepra (Lepra maculosa anaesthetica)**, von Emile Daccò-Florenz. Der ausführlich beschriebene Fall betrifft einen 64jährigen Geometer, der in Italien geboren, im Jahre 1874 nach Brasilien übersiedelte. Dort hatte er wiederholt schwere Anfälle von gelbem Fieber und Malaria zu überstehen. 1887 verfiel er angeblich infolge eines Sonnenstiches in einen Zustand von Bewuſstlosigkeit, wurde in eine Heilanstalt gebracht, in der er bis 1894 verblieb. Während des dortigen Aufenthaltes traten die ersten Zeichen der Lepra, eingeleitet durch sehr heftige, anfallsweise auftretende Kopf- und Knochenschmerzen mit Fieber, auf. Bald nach der Entlassung aus der Heilanstalt Ausfall der Zähne, Ameisenkriebeln in Händen und Vorderarmen, lancinierende Schmerzen. An der Haut der rechten Hand traten Flecke von bläulichroter Farbe auf, die Empfindung nahm ab, die Haut nahm pergamentartige Beschaffenheit an, der kleine Finger geriet

beiderseits in Beugekontraktur, die Interossei wurden atrophisch. 1896 Ausdehnung auf andere Finger. Patient kehrte damals nach Italien zurück. Oktober desselben Jahres plötzliches Auftreten weifser Flecke an Armen, Oberschenkeln und Brust, oval oder rund mit rotem Hof; die Flecke selbst waren völlig unempfindlich, der rote Hof und die Zone darüber hinaus überempfindlich. Ende 1896 an den unteren Extremitäten Ameisenkriebeln, Muskelzuckungen, Gelenk- und Knochenschmerzen, Eintrocknung der Haut, Gehstörungen. Anfang 1897 gelbe Gesichtsfarbe, Haarausfall, Gesichts- und Gehörstörungen; Kopfweh und Schlaflosigkeit. Anfang 1898 in Rom schwerer Malariaanfall. Im Juni nach wochenlangen brennenden Schmerzen an einzelnen Stellen Eruption von Blasen mit anfangs klarem, später trübem Inhalt, nach deren Platzen Geschwüre mit stinkender Sekretion zurückblieben, die in etwa sechs Wochen mit weifsen Narben ausheilten; mit dem Auftreten der Blasen schwanden die Schmerzen. Lokalisaton der Blasen symmetrisch, auf dem Kopfe, hinter den Ohren, in der Gegend der Brustwarzen, an der Innenfläche der Arme. September 1898 bildeten sich nach und nach an verschiedenen Stellen braune Flecken bis zu Handtellergröfse, an denen die Empfindung völlig erloschen war. Am 4. April 1899 trat Patient in die dermosyphilopathische Klinik in Florenz ein. Aus dem Status ist hervorzuheben, dafs am ganzen Körper nur die Haut der unteren Hälfte des Halses bis zur Clavicula und der Kopf des Humerus von normaler Beschaffenheit war, überall sonst gelb bis braun mit zahlreichen weifsen, bräunlichen und schwarzen Flecken mit und ohne Atrophie. An den Extremitäten ist die Farbe dunkler, die Haut ist atrophisch, an den oberen Extremitäten die darunterliegende Muskulatur auch. Die Empfindung für Berührungen ist meist erhalten, vereinzelt erhöht, vermindert oder erloschen. Wärme-, Schmerzempfindung und die galvanische Erregbarkeit fast überall vermindert, vielfach erloschen; faradische Erregbarkeit an Kopf und Rumpf fast normal, an den Extremitäten von oben nach unten abnehmend. Haut- und Sehnenreflexe fehlen, nur schwacher Cremaster- und erhöhter Fufssohlenreflex. Patient blieb bis März 1900 in der Klinik. Die Behandlung bestand zunächst in interner Verabreichung von Ol. chaulmoogra, dann in einer Arsenikkur, zuletzt wurde Ol. chaulmoogra subcutan gegeben. Irgend eine Beeinflussung der Hautveränderungen war nicht zu konstatieren, dagegen besserte sich der Allgemeinzustand, die Schmerzen schwanden fast völlig.

Die bakteriologische Untersuchung des Falles hatte positives Resultat, und zwar wurden Bazillen auf der Haut an allen veränderten Stellen, auch den Narben, gefunden, nur auf der normalen Haut des Halses nicht. Im Nasensekret und Speichel gleichfalls Bazillen, im Urin nicht. In der Epidermis waren sie nachzuweisen, überall frei und isoliert, zuweilen schlecht gefärbt. Im Blute fand Verfasser bei zahlreichen mit allen Kautelen angestellten Untersuchungen nur einmal Bazillen, und zwar während einer Exacerbation der Krankheit. Die Seltenheit des Befundes beweist dem Verfasser, dafs das Blut kein geeigneter Boden für die Existenz und Vermehrung der Bazillen ist; sie werden durch den Blutstrom nach den Kapillaren transportiert und gehen dort wahrscheinlich unter oder bilden, in die Gewebe übertretend, dort neue Infektionsherde. — Sehr sorgfältige Kulturversuche mit zahlreichen Nährmedien blieben sämtlich negativ. Es erscheint dem Verfasser daher zweifelhaft, ob es überhaupt gelingt, mit den bekannten Medien die Bazillen zu züchten. Die bisherigen positiven Beobachtungen hält Verfasser nicht für beweisend. — Überimpfungsversuche wurden auf Kaninchen und Meerschweinchen gemacht in Form von Injektionen in das Gehirn, in den Rückenmarkskanal, in die Bauchhöhle, durch Einbringung von Nasensekret in die Nasenschleimhaut. Nie wurde bei der Sektion irgend ein verdächtiges Symptom gefunden. (Fortsetzung folgt.) *A. Loewald-Cassel.*

Dermatologisches Centralblatt.
1901. No. 11.

Die Bottinische Operation bei Prostatahypertrophie, Kollektivreferat von Goldberg. Der Titel sagt schon, dafs hier nur eine Zusammenfassung der betreffenden Litteratur vorliegt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

The British Journal of Dermatology.
Band 13. September 1901.

Über einen Fall von Parakeratosis variegata, von T. C. Fox und J. M. H. Mac Leod-London. Der Patient ist ein 86jähriger, dürftig genährter Mann, der am 7. November 1900 mit einer chronischen, fein schuppigen, nahezu universellen Dermatitis ins Westminster-Hospital kam. Dieselbe hatte vor 5½ Jahren in der Lumbarregion mit einem eigentümlich trockenen und etwas schuppigen Zustand der Haut begonnen. Jucken oder andere subjektive Erscheinungen waren nicht vorhanden, so dafs der Patient der Affektion keine Beachtung schenkte, bis die Handteller in ähnlicher Weise befallen wurden. Die Haut wurde trocken, hart, rissig und schliefslich verdickt, wodurch die Beweglichkeit der Handgelenke empfindlich beeinträchtigt wurde. Nach und nach breitete sich die Affektion über den ganzen Körper aus. Nur das Gesicht blieb fast vollständig frei. Von den einen Ärzten wurde der Zustand als Sklerodermie, von den anderen als Ekzema rubrum angesehen. Das Allgemeinbefinden des Patienten ist im übrigen gut.

Die Behandlung mit Thyreoidextrakt, Teerbädern und den verschiedensten lokalen Salbenapplikationen erwies sich erfolglos.

Die histologische Untersuchung einer excidierten frisch entstandenen Hautstelle ergab folgende Befunde: 1. Dilatation der subepidermoidalen Kapillaren; 2. Abflachung der Papillen; 3. Ödem, welches das fibröse Stroma nahe den dilatierten Gefäfsen befallen hatte; 4. Ödem und Rarefikation des Kollagens; 5. schwach färbbares Elastin; 6. Infiltration mit kleinen, den Lymphocyten gleichen Zellen, zwischen denen einige polynukleäre Leukocyten sichtbar waren. Weder Plasmazellen noch Mastzellen wurden vorgefunden; 7. Verdünnung der darüber befindlichen Epidermis; 8. interepitheliales Ödem und die Anwesenheit von Leukocyten; 9. Ödem des Stratum granulosum; 10. Fehlen des Stratum lucidum, 11. das Stratum corneum zeigt die Tendenz zur Abschuppung; 12. nur hier und da unvollständig verhornte Zellen mit Überresten von Kernen; 13. wo diese letzteren Zellen vorhanden waren, fehlte das Stratum granulosum.

Die Verfasser besprechen die Nomenklatur und die Differentialdiagnose, teilen die Krankengeschichten der bisher in der Litteratur publizierten Fälle mit und ziehen aus ihren Betrachtungen folgende Schlüsse:

1. Die Parakeratosis variegata ist eine klinisch wohl charakterisierte Krankheit.

2. Sie befällt vorwiegend das männliche Geschlecht zumeist im Jünglingsalter zu einer Zeit, wo die Patienten sich eines vorzüglichen Allgemeinbefindens erfreuen. Über die Ätiologie weifs man wenig, wenngleich die allgemeine Konfiguration und die Histologie der Efflorescenzen auf eine vasomotorische Störung schliefsen läfst, zu der sich Ödem und Zellinfiltration im Corium und sekundäre Veränderungen in der Epidermis hinzugesellen.

3. Die Initialläsion ist ein Fleck oder eine kleine fleckenartige Papel mit flacher Oberfläche, welche mit schwach haftenden Schuppen bedeckt ist.

4. Der Koalescenz der Efflorescenzen entsteht ein netzförmiger Bezirk, innerhalb dessen sich die normale Haut befindet. Durch die Farbendifferenzen der Läsionen, namentlich an den unteren Extremitäten, erhält die Haut ein charakteristisches, marmoriertes oder variegiertes Aussehen.

5. Die Affektion befällt die Haut zumeist universell, mit Ausnahme des Gesichtes, des Kopfes, der Handteller und Fufssohlen.

6. Sie macht Remissionen und Exacerbationen durch, nimmt jedoch im übrigen einen sehr chronischen Verlauf.

7. Ausgesprochene subjektive Symptome fehlen für gewöhnlich.

8. Die Affektion widersteht hartnäckig der lokalen Behandlung.

9. Histologisch stellt sie sich als eine oberflächliche Entzündung dar, charakterisiert durch Dilatation der Gefäfse, Odem, Zellinfiltration in der subepidermoidalen Schicht, durch einen ödematösen Zustand der Epidermis mit mehr oder weniger gestörtem Verhornungsprozesse.

10. Die Krankheit ist zur Gruppe derjenigen Hautaffektionen zu rechnen, welche Brocq als „Erythrodermie pityriasique en plaques disseminées", Juliusberg als „Pityriasis lichenoides chronica", Jadassohn als „Dermatitis psoriasiformis nodularis" und Neisser als „Lichenoides psoriasiformes Exanthem" bezeichnet hat.

C. Berliner-Aachen.

Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.

Band 19. September 1901.

I. **Sechs Fälle von Dermatitis bullosa, die im Anschluss an die Vaccination auftrat und mannigfache Ähnlichkeit mit der Duhringschen Krankheit zeigte,** von J. T. Bowen. Der erste Fall betraf einen vierjährigen Knaben, bei welchem sich zwei Wochen nach der Vaccination im Gesichte, namentlich um die Nase und den Mund, ferner an den Handrücken und Handgelenken und auf der Dorsalfläche der Füfse zahlreiche, teils isolierte, teils zu Gruppen vereinigte Bläschen und Blasen entwickelten. Der Stamm blieb frei von der Affektion. Jucken bestand in mäfsigem Grade. Im weiteren Verlaufe pflegten die alten Efflorescenzen einzutrocknen und rapid zu verschwinden mit Hinterlassung einer erythematös gerötteten, schwach verdickten Hautstelle. Während 10—11 Monate wurde das Kind von mehreren frischen Attacken befallen. Der Ausschlag verschwand dauernd, als es die Masern durchmachte.

Kulturen, angelegt aus dem Inhalt frischer Bläschen blieben steril. Die übrigen fünf Fälle zeigten ebenso wie der eben beschriebene Fall als hauptsächlichste Merkmale der Krankheit ihr Auftreten bei Kindern nach der Impfung, ihren langsamen, sich durch Monate und Jahre hinziehenden Verlauf, ihren uniformen vesikulösen und bullösen Charakter, ohne jede Tendenz zur Multiformität, wie sie der Duhringschen Krankheit eigen ist; die charakteristische Gruppierung um den Mund, die Nase, die Ohren, Handgelenke, Knöchel und Füfse, das Freibleiben des Stammes, die sehr schwach ausgesprochenen subjektiven Symptome, namentlich den geringen Juckreiz.

Was die Ätiologie betrifft, so ist es sehr wahrscheinlich, wenn auch nicht bewiesen, dafs die Vaccination auf die Entstehung des bullösen Ausschlages irgend einen Einfluss ausgeübt hat.

II. **Ein Fall von Parakeratosis variegata,** von T. C. Fox und J. M. H. Macleod-London. (Siehe Referat S. 455.) *C. Berliner-Aachen.*

Journal des maladies cutanées et syphilitiques.

1901. Heft 8.

Zur Klinik und Histologie der Pityriasis rubra (HEBRA), von S. PIETROWSKI und L. KOPYTOWSKI-Warschau. Der 65jährige Patient, von dem diese Abhandlung berichtet, war seit zwei Jahren krank, kam dann in die Klinik, wo er mit allen möglichen Mitteln erfolglos behandelt wurde und ging hier nach sechsmonatlichem Aufenthalt an Lungenentzündung und Albuminurie zu Grunde.

In ihren Symptomen unterschied sich die Krankheit nicht wesentlich von dem früheren Verlauf. Recht ausführlich verweilen die Verfasser bei dem histologischen Befund der Haut, der teils durch Biopsie, teils post mortem aufgenommen wurde. Bei fast 600facher Vergrößerung erwies sich, daß die Hornschicht an vielen Punkten fast ganz fehlte, vermutlich war sie beim Desinfizieren der Haut (Entnahme am Lebenden) weggerieben worden. In der Körnerschicht sind die keratohyalinen Körner sehr selten, aber sehr groß. Die Schleimschicht war frei von Mitosen. Die Papillen waren Sitz einer starken Entzündung und enthielten viele Pigmentzellen. Auch die tieferen Schichten der Cutis befanden sich in einem entzündlichen Zustand. Haare und Talgdrüsen wurden niemals gefunden, die Schweißdrüsen hatten erweiterte Kanäle. Sämtliche Präparate enthielten Riesenzellen, dagegen ließen sich niemals Tuberkelbacillen nachweisen, wohl aber zahlreiche Mikrokokken, besonders in den Haarscheiden und den Schweißdrüsen. Sie erschienen in den Kulturen fast immer als Diplokokken und werden von den Verfassern als Erreger der Pityriasis rubra HEBRA angesprochen; sie rufen in der Haut kleine Entzündungsherde, ähnlich dem entzündlichen infektiösen Granulom hervor. Zuerst sind nur das Bindegewebe der Cutis und die Gefäße befallen, allmählich wird auch das epitheliale Gewebe der Haut ergriffen und damit setzt die Atrophie der Talgdrüsen und der Haarfollikel ein. Indem sich dann die entzündlichen Herde in fibröses Gewebe umwandeln, kommt es zu einer Atrophie der Papillen und der Haut — Atrophia fibrosa cutis. *Türkheim-Hamburg.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1901. Heft 8.

1. **Die Mikrobiennester der Urethra**, von JULES JANET. In und an der Urethra finden sich in außerordentlich zahlreichen Fällen kleine Schleimhautvertiefungen, kleine Divertikel, Follikel und Lakunen, auf die in den einschlägigen Arbeiten bisher nur ganz kurz und summarisch hingewiesen wurde. Hier nun beschreibt JANET alle diese Divertikel etc. einzeln und eingehend, da ihre genaue Kenntnis praktisch von der größten Bedeutung ist; stellen sie doch wahre Brutstätten und Nester für die Mikrobien, insbesondere für die Gonokokken dar. Solche Mikrobiennester sind zunächst der enge Raum zwischen Eichel und Präputium bei Phimose, sowie die häufig vorkommenden Vegetationen an der Vorhaut, der Eichel und im Innern der Urethra. In der Pars anterior urethrae siedeln sich die Mikrobien in Vertiefungen der Harnröhrenschleimhaut, in Follikeln und Lakunen und insbesondere in paraurethralen Gängen und Kanälen an; die letzteren sind bezüglich ihrer Lage und ihres Verlaufes sehr mannigfaltig, sie einzeln hier zu nennen, wäre zwecklos, da zum Verständnis ihrer Lage und ihrer Anordnung die im Original enthaltenen, außerordentlich instruktiven, schematischen Zeichnungen unentbehrlich sind. Auch die Strikturen der Harnröhre und die hinter denselben gelegenen Dilatationen der Urethra

begünstigen die Ansiedelung der Mikrobien. In der Pars posterior urethrae sind es der Sinus prostaticus, die Ductus ejaculatorii, die Samenblasen und die Drüsen der Prostata, in denen sich die Mikrobien festsetzen. Das Auffinden all dieser Mikrobiennester ist nicht leicht; selbst Divertikel, die an der Oberfläche münden, entgehen infolge der Feinheit der Öffnung nicht selten der Beobachtung. Im allgemeinen ist das Vorhandensein eines Divertikels, bezw. eines infizierten Divertikels bewiesen, wenn durch Ausdrücken des Penis nach einer Urinentleerung ein Tropfen Eiter zu Tage gefördert wird; jedoch ist dieses Verfahren nur in chronischen Fällen brauchbar, da bei akutem Ausfluſs auch direkt nach der Miktion stets Eiter ausgedrückt werden kann. Die genauere Feststellung der Lage und des Verlaufs eines Divertikels geschieht durch Sondierung, die in geeigneten Fällen mit Hilfe eines Urethralspekulums und künstlicher Beleuchtung mittels Reflektors oder bei tief liegenden Divertikeln mit Hilfe des Endoskops vorgenommen wird. Bei dieser Gelegenheit warnt Janet eindringlich vor der weit verbreiteten Gewohnheit, bei akuter Blennorrhoe die Urethra auszudrücken oder zu komprimieren; denn Kompression und insbesondere Massage des Penis während eines akuten Trippers sind die häufigsten Ursachen der blennorrhoischen Follikelentzündungen. Follikulare Infiltrate und Abscesse lassen sich durch einfache Palpation nachweisen, ebenso die Herde in der Prostata; bei den letzteren kann, aber nur wenn gar keine entzündlichen Symptome mehr vorhanden sind, zur Stellung der Diagnose mit Vorteil die Massage verwendet werden.

Was die Behandlung all dieser verschiedenen Mikrobiennester betrifft, so sind bei Phimose häufig wiederholte Waschungen und Spülungen mit Sublimatlösung vorzunehmen, Vegetationen müssen abgetragen werden, jedoch erst nach Beseitigung der akuten Schleimhautentzündung. Zur Behandlung der Divertikel und paraurethralen Gänge stehen folgende Methoden zur Verfügung: 1. einfache Spülungen mittels entsprechender Kanülen, 2. Anlegung einer Gegenöffnung und Vornahme von Spülungen nach eingetretener Vernarbung des neu angelegten Wundkanals. Diese beiden Methoden sind nur dann anzuwenden, wenn keines der folgenden Verfahren möglich ist; 3. Kauterisierung der Gänge durch Höllenstein oder Zerstörung durch den Galvanokauter oder durch Elektrolyse; 4. Incision der Gänge; 5. Totalexstirpation der Gänge. Bezüglich der Behandlung der durch Harnröhrenstrikturen geschaffenen Mikrobiennester, sowie der Entzündungen der Follikel und Lakunen unterscheidet der Verfasser strenge zwischen blennorrhoischen und nicht-blennorrhoischen Infektionen. Im Gegensatz zu der in Deutschland üblichen, besonders von Oberländer und Kollmann ausgebildeten und empfohlenen Methode nimmt er bei blennorrhoisch infizierten Strikturen, sowie bei blennorrhoischen Entzündungen der Follikel und Lakunen niemals eine endoskopische Untersuchung oder eine Elektrolyse oder eine Dilatation vor, er behandelt diese Affektionen vielmehr ausschlieſslich mit antiseptischen Spülungen und daneben, nach Ablauf der entzündlichen Erscheinungen, mit Massage. Auf diese Weise erzielt er, allerdings oft erst nach sehr langer Behandlung, ausnahmslos definitive Heilung, d. h. definitives Verschwinden der Gonokokken. Dagegen behandelt er nicht-blennorrhoische Entzündungen der Follikel und Lakunen, sowie Strikturen, die durch andere Mikrobien infiziert sind, auſser mit Spülungen und Massagen auch mit Dilatationen.

2. **Spontane oder traumatische Rupturen der Hydrocelen der Tunica vaginalis**, von Mauclaire und Vinsonneau. Die Verfasser beobachteten innerhalb weniger Tage zwei Fälle von Ruptur einer Hydrocele der Tunica vaginalis. Das Ergebnis der Untersuchung der bei der Operation gewonnenen Präparate macht es, was auch schon frühere Beobachter konstatierten, wahrscheinlich, daſs die Ruptur stets an

einer Stelle eintritt, an der schon vorher Veränderungen der Serosa bestanden, also gewissermafsen an einem Locus minoris resistentiae, ferner dafs degenerative Vorgänge an der Serosa, insbesondere hyaline und fettige Degeneration eine der häufigsten Ursachen sowohl der traumatischen wie der sogenannten spontanen Ruptur ist. In keinem der beiden hier beschriebenen Fälle war in den der Ruptur vorangegangenen Tagen ein Gröfserwerden der Geschwulst oder sonst irgend welche Veränderung beobachtet worden, in einem Falle trat die Ruptur ohne den geringsten Schmerz ein. Die Therapie bestand in Excision aller infiltrierten Gewebe und des gröfsten Teiles der Tunica vaginalis.

8. **Elektrolyse und Urininfiltration**, von Léon Imbert und Pierre Bosc. Die Verfasser sahen bei einem Patienten, bei dem die elektrolytische Dilatation einer Harnröhrenstriktur nach der Newmanschen Methode vorgenommen wurde, nach wenigen Sitzungen eine ausgedehnte Harninfiltration und Abscefsbildung am Perineum und Skrotum auftreten. Der Fall beweist, dafs die Elektrolyse nach Newman doch nicht so ungefährlich ist, wie es in den diesbezüglichen Veröffentlichungen dargestellt wird. *Götz-München.*

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1901. Heft 4.

Über die Kalomeleinreibungen, von Rinaldo Bovero. Verfasser weist zunächst auf die Thatsache hin, dafs zahlreiche Fälle von Lues nach Kalomeleinreibungskuren geheilt wurden. Während nun bei dieser Methode die Untersuchungen von Urin und Faeces in Bezug auf ihren Gehalt an Quecksilber meist ein vollständig negatives Resultat ergeben, haben andererseits die Experimente von Soave gezeigt, dafs das Kalomel bei intimen Kontakt mit gewissen tierischen Geweben (Muskel, Magen- und Darmschleimhaut, Leber, Lunge, Niere, Blut, Eiweifs) bei einer Temperatur von 37° C. einen Zersetzungsprozefs eingeht, indem sich Hg-Dämpfe entwickeln und gleichzeitig ein wasserlösliches Quecksilberpräparat, wahrscheinlich Sublimat, entsteht. Diese Zersetzung kommt wahrscheinlich durch die Wirkung von Fermenten oder Enzymen zu stande, die in den betreffenden Geweben vorhanden sind. Verfasser hat nun Schuppen von noch nicht behandelter Psoriasis mit einer Mischung von 2,0 chemisch reinem Kalomel und 4,0 Schweinefett und Kakaobutter zu gleichen Teilen zu einer Salbe verrieben und das Gemisch in Erlenmeyerschen Kölbchen bei 37° C. aufgehoben, wobei der obengenannte Zersetzungsprozefs eintrat. Dasselbe zeigt sich aber auch im Augenblicke einer etwas lange Zeit fortgesetzten Einreibung mit einer Kalomelsalbe. Welches ist nun der Mechanismus bei der Resorption des Hg? Entweder dringt das Quecksilber als Metall oder verseift in die Haut ein, oder aber das entstandene Sublimat, welches in Anbetracht seiner geringen Quantität nicht kaustisch wirken kann, bildet mit dem Eiweifs der Gewebe ein Hg-Albuminat, das unter dem Einflusse des Kochsalzes des nämlichen Gewebes unter einer löslichen Form in den Blutkreislauf aufgenommen werden kann. Auch können wohl beide Prozesse nebeneinander gleichzeitig stattfinden.

Untersuchungen über den Stoffwechsel in einem Falle von Lichen ruber planus, von F. Radaeli. Verfasser hat bei demselben eine starke Zunahme des Stickstoffs — im Harnstoff — bis zu 94% konstatiert. Mit der progressiven Heilung der Dermatose wurde dann allmählich die normale Ziffer von 82 wieder erreicht.

Klinische Bemerkung über die Ursachen, welche die feuchten Formen bei der Psoriasis verursachen können, von P. Benassi. Verfasser teilt diese Ursachen in zwei Kategorien ein, die prädisponierenden und die determinierenden. Unter der ersten Kategorie werden angeführt: lymphatische Konstitution, funktionelle Störungen des Nervensystems — individus hypernerveux von Besnier —, jugendliches Alter der Patienten, Sitz der Läsionen — Kniekehlen, Achselhöhlen etc. — lange Dauer der Affektion, welche zu Parese der Gefäfse führt, Autointoxikationsprozesse, welche letzteren den Übergang zur zweiten Kategorie bilden, Affektionen der weiblichen Genitalien. Zu den determinierenden Ursachen zählt Verfasser unter anderen: besondere Reizbarkeit der Haut, äufsere und innere Anwendung gewisser Medikamente, wie lange fortgesetzte Jodkaliummedikation, Teer, Kautschukeinhüllungen etc., ferner sekundäre Einwirkung pyogener Parasiten.

Experimentelle Untersuchungen über Herpes tonsurans und Favus, von M. Trutti. (Fortsetzung.) Am Schlusse seines ersten Abschnittes kommt Verfasser zu folgenden Schlüssen: Es besteht ein einziges Achorion als Ursache des Favus; dasselbe erweist sich in den Kulturen als sehr polymorph und dieser Polymorphismus erklärt die grofsen Unterschiede in den Angaben der Autoren über den mikroskopischen Befund ihrer Untersuchungen. Das Extrem in der polymorphen Reihe der Achorionpilze bildet eine weifse, flaumartige Kolonie, die sich durch äufsere Sporen vermehrten, welche sich ihrerseits auf den Menschen und die Tiere übertragen lassen. In seinen höchsten Entwickelungsphasen weist das Achorion zahlreiche Berührungspunkte mit dem Mikrophyton und Mikrosporon; auch kann es zur Entstehung einer Form von Kerion führen, die sich schwer von der durch das Trichophyton erzeugten unterscheiden lassen. Folgen dann Angaben über die Histopathologie des Favus.

Die Leprakranken der Dermosyphilopathischen Klinik zu Palermo, von Callari. Es werden weitere Fälle von Lepra beschrieben. Es zeigte sich, dafs unter den 23 Ortschaften, welche diese Patienten geliefert hatten, 16 am Meere oder in dessen Nähe liegen, was die alte Ansicht unterstützen würde, dafs sich die Lepra besonders häufig am Meeresufer verbreitet. Folgen dann die Resultate der histologischen und pathologisch-anatomischen Untersuchungen. Therapeutisch wurden versucht: Acidum gynocardicum in Dosen von 0,25 pro die, endovenöse Injektionen von Hektol, Arsenik, Salol, Ichthyol, endovenöse Sublimatinjektionen, Chaulmoograöl, antilepröses Serum von Carrasquilla. Keines dieser Präparate ergab ein befriedigendes Resultat.

Geschichtliche Bemerkungen über die Unterbringung in Spitäler und die Behandlung der Favuskranken in Mailand vom 15.—19. Jahrhundert, von C. Decio. (Schlufs.) In diesem Abschnitte wird die Therapie des Favus vom 18. Jahrhundert bis heute besprochen und dabei die Verdienste einzelner Mailänder Ärzte um diese Frage hervorgehoben. *C. Müller-Genf.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Lokale Infektionskrankheiten.

a. *der Oberhaut.*

Die Behandlung des Ekzems, von E. Kromayer-Halle und P. Grünberg-Halle. (*Münch. med. Wochenschr.* 1901. No. 6.) Kromayer hat im Verlaufe der letzten drei Jahre über 600 Fälle von Ekzem mit Lenigallol behandelt und damit vorzügliche Erfolge erzielt. Lenigallol, das Triacetat der Pyrogallussäure, ist vollkommen ungiftig, reizt die gesunde Haut absolut nicht und wirkt auf chronisch entzündeter Haut reduzierend, an Stellen, an denen die Hornschicht verloren oder defekt ist, ätzend. Infolge dieser Eigenschaften ist Lenigallol das am vollständigsten, sichersten und schnellsten wirkende Heilmittel für alle Arten von Ekzem mit Ausnahme der akuten Reizekzeme, die bei ruhigstellender Behandlung von selbst heilen, sowie derjenigen Ekzeme, bei denen tiefgehende Veränderungen der Haut vorhanden sind. Bei der letzteren führt Lenigallol allein infolge seiner milden und oberflächlichen Wirkung nicht zum Ziel; durch rasche Beseitigung der oberflächlichen entzündlichen Erscheinungen wirkt es zwar auch in solchen Fällen vorzüglich, zur Beseitigung der tiefer liegenden Veränderungen mufs aber aufserdem Teer, wo eine tiefgehende Ätzwirkung erforderlich ist, grüne Seife oder Kalilauge appliziert werden. Zur Verwendung kommen im wesentlichen folgende drei Pasten: 1. Lenigallol 20,0, Pasta Zinc. 80,0; Mfpasta. 2. Lenigallol 10,0, Ol. Cadin. 5,0, Pasta Zinc. 85,0; Mfpasta. 3. Lenigallol 10,0, Ungt. Wilkinson 90,0; Mfpasta. Die Pasten werden messerrückendick auf die vorher mit Vaselin oder dergleichen sorgfältig gereinigte Haut aufgetragen. *Götz-München.*

Über die schädliche Wirkung des artifiziellen Ekzems bei Scabies auf die Nierenfunktion, von Ottorino. (*Il Morgagni.* 1901. No. 4.) Im Gegensatze zu den Behauptungen von Pechkranz erklärt Verfasser auf Grund seiner eigenen Untersuchungen an Krätzpatienten mit oder ohne sekundärem Ekzem, dafs weder die Scabies noch die ekzematösen Eruptionen schädlich auf die Nierenfunktion wirken. *C. Müller-Genf.*

In der Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux (*Journ. de méd. de Bordeaux.* 1901. No. 7) stellte Maillard eine Patientin mit **hyperkeratotischem Ekzem** vor. An der Ferse und dem äufseren Rand der Planta des rechten Fufses ist das Stratum corneum 3—4 mm dick, schwarz, rauh und von tiefen, zeitweise schmerzhaften Schrunden durchzogen. Die Haut der nächsten Umgebung ist normal, dagegen finden sich am rechten Unterschenkel die Erscheinungen eines akuten Ekzems. Aufserdem weist jeder Handteller eine circumskripte Hypertrophie der Hornschicht auf. Die Affektion besteht seit ca. einem Jahre. Die Prognose des Falles ist, da es sich nicht um kongenitale Hyperkeratose, sondern um ein hyperkeratotisches Ekzem handelt, ziemlich günstig. Die Behandlung wird in Applikation von Resorcinlösung und Verabreichung von Natrium cacodylicum bestehen. *Götz-München.*

Zur Lehre von der Hyperkeratosis diffusa congenita, von Snessareff. (*Russ. Arch. f. Pathol., klin. Med. u. Bakt.* Petersburg 1901. S. 54.) Verfasser liefert eine sehr genaue Beschreibung des mikroskopischen Bildes von einem Fall von Hyper-

keratosis, der ein ganz besonderes Interesse durch den Umstand erhält, dafs er der Leiche einer siebenmonatlichen Frühgeburt entstammt, welche 20 Jahre in Spiritus aufbewahrt worden war. Trotz dieser langen Aufbewahrung in Spiritus liefsen sich sehr gute mikroskopische Präparate auf dem gewöhnlichen Wege und durch Färbung mit Hämatoxylin, nach VAN GIESON etc. herstellen. Der mikroskopische Befund lautet: 1. Starke Vergröfserung des Stratum corneum proprium, 2. Vorhandensein des Str. lucidum und Str. granulosum zum Unterschiede vom WASSMUTHschen Fall, 3. Verminderung der MALPIGHIschen Schicht, 4. Vermehrung der Papillen des Str. papillare, sowohl dem Umfang, als der Zahl nach, 5. Verbreiterung der Blutgefäfse, 6. gute Entwickelung der Talg- und Schweifsdrüsen, 7. hyaline Degeneration der Bindegewebsfasern, was im WASSMUTHschen Fall nicht beobachtet wurde und 8. Verminderung des Str. reticulare. *Arth. Jordan-Moskau.*

Über Dermatitis exfoliativa universalis, von CASPARY-Königsberg. (S.-A. aus den Verhandl. d. VI. Dtsch. Dermatol.-Kongr. Wilh. Braumüller-Wien.) Verfasser stellt sich unter Mitteilung zweier Fälle auf die Seite der französischen Autoren, welche die Dermatitis exfoliativa universalis als eine selbständige Krankheit auffassen. Die beiden Fälle betrafen Erwachsene. In einem dritten Falle, bei einem vierjährigen Mädchen, der ebenfalls unter dem Bilde einer allgemeinen, exfoliierenden Dermatitis verlief, glaubte Verfasser auf Grund des ungestörten Allgemeinbefindens, der stellenweise deutlichen Hautfelderung, des histologischen Befundes und in Anbetracht des Alters die Diagnose Ichthyosis stellen zu müssen. *A. Loewald-Cassel.*

Zur Thyreoideabehandlung der Psoriasis, von C. A. EWALD. (*Berlin. klin. Wochenschr.* 1901. No. 5.) Verfasser wendet sich gegen LEDERMANNS absprechende Bemerkung über die Erfolge mit Thyreoidin bei Psoriasis und bemerkt, dafs er bisweilen gute Erfolge erzielt hat, wenngleich das Mittel öfters versagt. Jedenfalls empfehlen sich nach Verfassers Ansicht weitere Versuche. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Seborrhoe und deren Pathologie, von W. P. LOTH-St. Louis. (*St. Louis Rev.* 9. Febr. 1901.) Verfasser giebt im Auszug die Forschungsresultate von UNNA, HEITZMANN, DUHRING, KAPOSI, SABOURAUD, BROCQ und ELLIOT wieder und spricht sich mit letzterem dahin aus, dafs als eigentliche Seborrhoe nur die als Seborrhoea oleosa bekannte Form anzuerkennen sei und dafs die als Seborrhoea sicca pityriasis capitis, corporis etc. bekannten Affektionen Abstufungen einer seborrhoischen Dermatitis darstellen. Aus klinischen Gründen ist deren parasitäre Natur trotz Fehlens der Bestätigung für den Flaschenbacillus und die SABOURAUDschen Befunde glaubwürdig.
Philippi-Bad Salzschlirf.

Behandlung des Herpes tonsurans, von PIGNOT. (*Journ. d. pratic.* 1901. No. 4.) Im Hospital Saint-Louis in Paris wird, und zwar mit verhältnismäfsig gutem Erfolg, der Herpes tonsurans auf folgende Art behandelt: Um die auf der Oberfläche befindlichen Parasiten zu zerstören und dadurch die noch gesunden Partien vor Infektion zu schützen, wird die ganze Kopfhaut jeden Abend mit Oleum cadinum und jeden Morgen nach vorausgegangener gründlicher Reinigung mit 25—33%iger alkoholischer Jodtinkturlösung eingerieben. Die eigentliche Behandlung besteht darin, eine perifollikuläre eitrige Entzündung zu erzeugen, durch welche das kranke Haar und mit ihm der Parasit eliminiert wird. Zu diesem Zweck wird Krotonöl mäfsig verdünnt (50—66%ig) auf die Kopfhaut aufgepinselt. Das Krotonöl verursacht die Entstehung von miliären Pusteln. Während nun die auf der glatten Haut befindlichen Pusteln rasch eintrocknen, entwickeln sich die rings um die Follikeln ent-

standenen Pusteln infolge sekundärer Infektion zu einer wirklichen eitrigen Follikulitis, welche das oben angegebene Resultat hat. Durch fortgesetzte Applikation von Krotonöl können so die Parasiten allmählich beseitigt werden. *Götz-München.*

Über Impetigo, von Rud. Oehler-Frankfurt a. M. (*Allg. med. Centralztg.* 1900. No. 89.) „Der Impetigo ist kein Ausschlag." Dieser vom Verfasser aufgestellte Satz dürfte in mehrfacher Beziehung überraschen. Wenn auch sonst noch manches in der Impetigofrage der Klärung bedarf, von der Harmlosigkeit des Leidens war man eigentlich allgemein ebenso fest überzeugt, wie davon, das Impetigo ein Femininum ist. Einen näheren Zusatz zu „Impetigo" giebt Verfasser nicht, gemeint ist aber offenbar die Impetigo vulgaris. Von ihr behauptet Verfasser, dafs ihr Drüsenabscesse und septische Allgemeininfektion „nicht selten" folgen. Als Belege führt Verfasser drei Beispiele an: 1. 18jähriger Knabe; nach Fall von einem Heuwagen, sechs Wochen später Beckendrüseneiterung. Bei der Aufnahme am Fufs drei blafsblaurote Flecken; hier war vor acht Wochen „ein längere Zeit dauernder, krustender, eiternder Fleck", von dem aus sich „die tiefen Inguinaldrüsen im Becken" (! Ref.) infiziert hatten und, vielleicht durch den Fall veranlafst, vereitert waren. 2. 9jähriger Knabe, „krustender Fleck" am Mundwinkel, danach submaxillärer Drüsenabscefs, der auf Incision glatt heilte. Vierzehn Tage später unter schweren Allgemeinerscheinungen Eiterung im linken Knie von wochenlanger Dauer. Also „Allgemeininfektion nach Impetigo mit Gelenkmetastase"! 3. 6jähriger Junge, „krustender, eiternder Hautfleck am Daumen"; etwas Schmerzen in der Achsel. Nachdem der Fleck spontan fast geheilt war, fiel der Junge auf die Seite. Drei Tage später Fieber und Schmerzen in der Hüfte, wenige Tage darauf Tod unter septischen Erscheinungen. Also „Impetigo am Daumen, Achseldrüsen, Trauma, Sepsis, Tod". — Als besonders bedeutsam stellt Verfasser den Staphylokokkenbefund im Eiter bei allen drei Fällen. — Dafs diese schweren Erkrankungsfälle durchaus eine Folge der längst oder fast geheilten Impetigo sein müssen, ist nicht im mindestens erwiesen; zur Erklärung der Fälle 1 und 3 genügt das voraufgegangene Trauma vollauf. Übrigens scheint die Diagnose Impetigo in allen drei Fällen nur anamnestisch festgestellt zu sein. *A. Loewald-Cassel.*

Impetigo contagiosa, von Jay F. Schamberg-Philadelphia. (*Intern. med. Mag.* April 1901.) Schilderung des Krankheitsbildes und seiner Behandlung.

A. Loewald-Cassel.

Über einen Fall von Pemphigus chronicus der äufseren Haut und der Schleimhäute mit Horncystenbildung, von Mertens. (*Münch. med. Wochenschr.* 1901. No. 4.) Bei einer 25jährigen Patientin, bei der schon während der vorausgegangenen sieben Jahre ähnliche Erscheinungen beobachtet worden waren, fand der Verfasser an verschiedenen Stellen der Schleimhaut des Mundes und des Rachens gelbweifse, unregelmäfsig gestaltete, etwas erhabene, von einem roten Hof umgebene Membranen; dieselben liefsen sich leicht abziehen, worauf eine hochrote, mäfsig stark blutende Basis zu Tage trat. Der linke hintere Gaumenbogen war mit der hinteren Rachenwand narbig verwachsen. Die trockne Nasenschleimhaut war teils mit zähem Sekret, teils mit blutig gefärbten Borken bedeckt. Auf der äufseren Haut fanden sich an verschiedenen Punkten blaurote, scharf gegen die Umgebung sich abgrenzende, von einer feinen weifslichen Membran bedeckte Stellen von Fünfpfennigstückgröfse; die Membranen liefsen mehrfach eine Reihe rundlicher, grauweifser, stecknadelkopfgrofser Pfröpfe durchschimmern. Auf der am stärksten affizierten Mundschleimhaut wurde des öfteren Blasenbildung beobachtet; die Blasen entstanden spontan und waren mit trübem, nur einmal mit hämorrhagischem Inhalt gefüllt. Auf der äufseren

Haut entstanden spontan keine Blasen; dagegen konnte hier durch mechanische Reize (Stofs, Schlag etc.) Blasenbildung hervorgerufen werden. — Es handelte sich um einen anatomisch und klinisch interessanten Fall von Pemphigus chronicus benignus. Bei der anatomischen Untersuchung einer erkrankten Stelle der äufseren Haut fanden sich in der oberen Schicht der Epidermis, wie auch in der Cutis dicht unter der Epidermis eine Anzahl Cysten, in den tieferen Schichten der Cutis aufserdem erweiterte Schweifsdrüsenausführungsgänge. Wahrscheinlich waren die Cysten erweiterte Schweifsdrüsengänge und sind demnach als Retentionscysten aufzufassen. Klinisch bemerkenswert war insbesondere der Unterschied zwischen der Affektion der Schleimhäute und der Affektion der äufseren Haut: erstere trug den Charakter des Pemphigus malignus, letztere den des Pemphigus benignus. *Göts-München.*

Ein Fall von Pemphigus neonatorum bei einem drei Tage alten Kinde, von C. J. Glasson-London. (*Lancet.* 9. März 1901.) Bei der Geburt war das Kind gut entwickelt, von mehr als Durchschnittsgewicht und zeigte eine ganz reine, normale Haut. Eltern und sechs vorher geborene Kinder völlig gesund. Lues mit Bestimmtheit auszuschliefsen. Die Affektion bestand in Blasen von verschiedener Gröfse mit hellrotem entzündlichen Hofe, welche am zweiten Krankheitstage den ganzen Körper überzogen hatten. Fieber bis 40°. Vom neunten Tage ab fing eine Ablösung der gesamten Epidermis an. Vollständige Heilung binnen drei Wochen. Die Behandlung bestand in Bädern von warmem Regenwasser, Einreiben mit Borsalbe nach Aufstechen der Blasen, später Ungt. zinc. benzoinat. resp. Einpudern mit Zinkoxyd mit Amylum und Kampferpulver; innerlich wurde tropfenweise Liq. arsenical. gegeben. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Fall von Pemphigus neonatorum bei einem drei Tage alten Kinde, von V. J. Hogdson. (*Lancet.* 30. März 1901.) Bericht über einen ähnlichen Fall, wie der vorhergehende. Heilung in drei Wochen ohne universelle Desquamation. Syphilis schliefst Verfasser als Hausarzt der Familie und wegen Fehlens einer Beteiligung der Handteller, Fufssohlen und Notes aus. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

b. *der Cutis.*

Eine neue Behandlungsmethode des Ducreyschen Geschwüres, von F. Poór. (*Orvosok lapja.* 1901. No. 9.) Verfasser möchte statt des „Ulcus molle" oder „venereum" in der Nomenklatur das „Ducreysche Geschwür" eingeführt haben und zwar aus folgenden Gründen: 1. Es ist erwiesen, dafs auch die Basis nichtsyphilitischer Geschwüre oft infiltriert, hart wird, daher die Benennung Ulcus molle ihre Berechtigung verloren hat. 2. Die Benennung „venereum" scheint den Glauben zu erwecken, dafs diese Erkrankung ausschliefslich auf geschlechtlichem Wege (nach Coitus) hervorgerufen werden kann, welches mit dem heutigen Standpunkte der Lehre der Infektionen im Widerspruche steht. 3. Die Benennung „Ducreysches Geschwür" involviert schon an und für sich, dafs wir darunter nur solche Geschwüre verstehen, welche durch den Ducreyschen Streptobacillus hervorgerufen werden und vollkommen ausschliefst die auf staphylogene Infektion beruhenden Geschwüre. — Die Behandlung beruht nun auf der Gefriermethode. Nach Saalfeld liefs Verfasser auf das Geschwür 1—1½ Minuten lang Chloraethyl (Kelen) verstäuben täglich einmal. Schon nach zwei- bis dreimaliger Applikation verliert das Geschwür den pyogenen Charakter, das Sekret wird vielmehr serös, wird diese Zerstäubung nun fortgesetzt vom dritten bis achten Tage, so tritt am vierten Tage an den Rändern Ödem ein, am fünften bis sechsten wird die Geschwürsfläche neurotisch, stöfst sich ab, wodurch das Geschwür vergröfsert wird. Demzufolge wiederholte Verfasser die Gefrierung nur so oft, bis die

Geschwürsfläche nicht mehr pyoid, sondern serös wird, sodann werden die gewöhnlichen Cutiseptica (Jodoform, Airol etc.) aufgestreut und die Fälle heilten in 11—12 Tagen ab. Komplikationen (Bubo) trat in keinem Falle auf. Verfasser führt nun diese rasche Heilung — im Gegensatze zu SAALFELD — nicht so sehr auf die Kälte, sondern auf andere Ursachen zurück. Bekanntlich widerstehen die meisten Bakterien noch viel stärkeren Kältegraden, wie hervorgerufen durch das Chloräthyl (— 14°); ohne ihre Lebensfähigkeit verloren zu haben, und so ist auch die Berechtigung nicht vorhanden, dies vom DUCREYschen Bacillus vorauszusetzen, umsomehr, nachdem dessen Biologie noch unbekannt ist. Verfasser möchte dieselbe eher darauf zurückführen, dafs infolge des hochgradigen Kältegrades der Organismus mit einer lokalen reaktiven Entzündung antwortet, und durch die kontinuelle Hyperämie in den Geweben frisches Blut in viel gröfseren Quantitäten durchfliefst, und so, wie es FODOR bewiesen, baktericid wirkt. *A. Alpár-Alexandria.*

Über die Entwickelung des Ulcus molle und des venerischen Bubo in Bezug auf die Jahreszeiten, von SIMONELLI. (*Rif. med.* 1900. No. 10 u. 11.) Verschiedene Autoren wollten eine solche Beziehung beobachtet und eine Abnahme der Frequenz in der warmen Jahreszeit konstatiert haben. Derartiges hat dagegen der Verfasser nicht beobachten können. Allen den bisher angeführten Faktoren, die Temperatur nicht ausgeschlossen, ist ein derartiger Einfluſs auf die Entwickelung des weichen Schankers und des Bubo entschieden abzusprechen. *C. Müller-Genf.*

Massage bei Lymphangitis, von BATSCH. (*Wien. klin. Rundsch.* 1901. No. 8.) Auf Grund einer Selbstbeobachtung plaidiert Verfasser für die energische Anwendung der Massage bei Lymphangitis, natürlich unter gleichzeitiger Inangriffnahme des Ursprungsherdes. Von einem Panaritium ausgehend, war eine rapid fortschreitende, fieberhafte Lymphangitis entstanden. Das Panaritium wurde gespalten und, als der Prozeſs doch nicht stillstand, der Arm dreimal täglich je ½—1 Stunde mit grauer Salbe massiert. Der Erfolg war ein guter. Theoretische Erwägungen veranlaſsten Verfasser zu diesem energischen Vorgehen. Er will verhüten, daſs die Lymphbahnen sich mit Bakterien vollstopfen und unpassierbar werden, worauf die Bakterien ihre vernichtende Wirkung auf das Gewebe ausüben können. Die Lymphwege müssen frei bleiben, die Bakterien schnell dem tötenden Einflusse des Blutes ausgesetzt werden, die Zirkulation des letzteren lebhaft unterhalten werden. Alles dieses bewirkt die energische Massage. (Ob der Erfolg stets ein guter sein wird, sei dahingestellt. Es sei erinnert an die rein entgegengesetzte empirische Behandlung des Erysipel durch Umschnürung, eine Behandlung, die sehr gute Erfolge zeitigt. D. Ref.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Eine Studie über Bubonen und deren Behandlung, von FRED. GRIFFITH-New York. (*New York med. Journ.* 1901. No. 7.) G. teilt die Bubonen im allgemeinen folgendermaſsen ein: 1. einfach entzündliche, auch bei Balanitis, Herpes und Blennorrhoe vorkommend, 2. Schankerbubo, 3. syphilitischer, 4. Bubonocele, tuberkulöser, 6. carcinomatöser und 7. Pestbubo. Nach kurzer Beschreibung der vermutlichen Entstehungsursache dieser verschiedenen Arten kommt G. zu seinem Hauptthema, dem eigentlichen oder Schankerbubo. Zum Unterschiede von der syphilitischen Drüsenschwellung ist der Bubo gewöhnlich einseitig und zwar da, wo das Geschwür ist, und neigt zur Eiterbildung. Die syphilitischen Bubonen sind doppelseitig, je aus Ketten von mehreren Drüsen zusammengesetzt, frei beweglich unter der Haut, nicht schmerzhaft auf Berührung, können wenige Tage oder 3—4 Wochen nach dem Primäraffekt auftreten und neigen zur Rückbildung, obwohl immer ein Grad von Verhärtung

mit geringer Vergrößerung der Drüsen vorhanden bleibt. Der tuberkulöse, ebenso wie der carcinomatöse Bubo, kann durch die Anamnese erkannt werden, die Diagnose von Bubonocele, d. h. eine kleine oder beginnende Hernie, wo nur ein Teil des Mesenteriums oder Peritonäalfettes vorliegt, ist durch die leichte Reponierbarkeit der Geschwulst möglich. Aneurysma der Arteria femoralis communis, wie es unter dem Poupartschen Bande erscheint, kann für Schankerbubo gehalten werden, weiter gehört zu den seltenen Fällen, wo Verwechselung möglich ist, Entzündung des Samenstranges bei Blennorrhoe u. a. m. Bei der Behandlung des Schankerbubos kommt in erster Linie natürlich jene des Grundleidens, des Schankers; zur Reinigung desselben empfiehlt Gr. gründliche Auswaschung mittels Wasserstoffdioxydsprays, sodann Applikation dieses Mittels auf Watte, welche wenigstens alle 2—3 Stunden gewechselt werden soll (dünne Schichten Watte halten immer besser und reizen weniger wie Gaze oder Leinen), ferner erwiesen sich von Vorteil Unguent. hydrargyri bei langsamem Heilungsvorgang, täglich nach der Reinigung appliziert. Eisbeutel, warme Wasser- oder Leinsamenumschläge brachten, gleichzeitig mit energischer Behandlung des primären Leidens, in einem vollen Drittel der Fälle die Bubonen zur Rückbildung. Tägliche Applikation folgender Salbe: Unguent. hydrarg., Belladonnae, Ichthyoli ää wird oft gute Dienste thun. In Fällen, wo die Punktion früh gemacht wird zur Erleichterung des Schmerzes und keine Absonderung aus der infizierten Drüse vorhanden ist, sollten 5—10 Tropfen reiner Karbolsäure in das Centrum der Drüse oder in die Massen verhärteten Gewebes injiziert werden. 95%iger Alkohol, kurz darauf eingespritzt, kann allzu starke Wirkung der Karbolsäure neutralisieren. Auch zur Reinigung des geöffneten Drüsenabscesses empfiehlt Gr. Wasserstoffsuperoxyd. Die Vorteile dieser von Auspitz schon empfohlenen „Punktions"behandlung der Bubonen sind doppelte: der Patient ist nicht zur Bettruhe verurteilt und die Zeit der Totalbehandlung ist bedeutend abgekürzt. Während dieselbe hier 4—6 Wochen dauert, kann es bei der Ausschabung und vollkommenen Excision der Drüsen wenigstens 2—3 Monate und noch länger bis zur Heilung währen. Mitteilung zweier beweiskräftiger Fälle. *Stern-München.*

Ein Fall von bedeutender Besserung der Elephantiasis durch Kalomelinjektionen, von Schaginan. (*Med. Obosrenje.* April 1901.) Bei einer 54jährigen Frau mit Elephantiasis der unteren Extremitäten gelang es Verfasser durch Einspritzung von 0,9 Kalomel im Laufe von zwei Monaten und zehn Tagen eine bedeutende Abnahme der unteren Extremitäten in ihrem Umfange zu erzielen, wobei auch die Gewebe wieder eine normale Konsistenz annahmen. Patientin war von neuem im stande zu gehen, was sie vor der Kur nicht gekonnt hatte.

Arth. Jordan-Moskau.

Ein Beitrag zur Behandlung der Panaritien, von O. Schulze - Cottbus. (*Münch. med. Wochenschr.* 1901. No. 11.) Gestützt auf eigene günstige Erfahrungen empfiehlt der Verfasser bei vernachlässigten Panaritien der Nagelglieder, bei denen der Knochen schon nekrotisch geworden ist, zuwartende konservative Behandlung. Während sich nämlich der Sequester allmählich loslöst, bildet sich um denselben herum neuer Knochen. Das Resultat ist ein vollständig gebrauchsfähiger, unverkürzter, in allen Gelenken beweglicher Finger; nur ist das Nagelglied dicker, weil der neue Knochen dicker sein muſs als der alte, um den herum er sich gebildet hat. Bis der Sequester ganz gelöst und der neue Knochen genügend fest, vergehen drei bis sieben Wochen; während dieser Zeit läſst man das kranke Glied täglich in lauem Seifenwasser baden und mit einem Zink- oder Borsalbeverband oder mit Bleipflaster bedecken, ebenso auch nach Entfernung des Sequesters bis zur vollendeten Heilung.

Göts-München.

In der Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux (*Journ. de méd. de Bordeaux.* No. 6 u. 7) sprach Bernex über **einen geheilten Fall von Gasgangrän des Oberarms**, die im Anschluſs an eine Schuſswunde aufgetreten war. Täglich wiederholte Waschungen mit Wasserstoffsuperoxyd brachten die Gangrän in zwölf Tagen zum Verschwinden. Die aus der Wunde stammende seröse Flüssigkeit enthielt auſser einigen Coccidien eine groſse Menge von Mikrobien, welche alle Charaktere des Bacillus oedematis maligni aufwiesen. Vielfach wird behauptet, daſs jede durch diesen Bacillus verursachte Gasgangrän tötlich endige; der hier beschriebene Fall beweist, ebenso wie mehrere andere Beobachtungen, daſs das nicht richtig ist. In der an den Vortrag sich anschlieſsenden Diskussion behaupteten HasslER und Buard, daſs die Diagnose bezüglich der verursachenden Mikrobien in dem beschriebenen Falle nicht sicher sei, zumal Impfungen nicht gemacht worden waren. Chavannaz betont, die Heilung in diesem Falle sei nichts so auſserordentliches; es ist allgemein bekannt, daſs Gasgangrän des Armes weniger gefährlich ist als Gasgangrän des Beines; möglicherweise handelte es sich übrigens um eine Mischinfektion. *Göts-München.*

Über das operative Verfahren beim Karbunkel, von Herrera. (*Rev. iberoamericana.* 1901. No. 11.) Verfasser schlägt folgendes Verhalten vor in Gegenwart eines Furunkels oder Karbunkels. Bei ausgedehntem Karbunkel mit drohenden lokalen und allgemeinen Erscheinungen frühzeitiges chirurgisches Eingreifen. Bei der Furunkulosis, kleineren vereinzelten Furunkeln und jenen Karbunkeln, welche wegen ihrer geringen Ausdehnung und bei Fehlen von allgemeinen Symptomen nicht gefährlich erscheinen, mögen antiseptische Pulverisationen, feuchte Überschläge und innerliche Darreichung von Bierhefe genügen. Als operative Methode empfiehlt Verfasser folgende: In der Umgebung des Karbunkels und im gesunden Gewebe, d. h. ca. 1 cm vom infiltrierten Rande entfernt und an den Endpunkten der beiden Durchmesser der Geschwulst je eine 1 cm lange Incision, eine jede in derselben Richtung. Bei der vierten Incision wird das Bistouri bis ins Centrum des Tumors eingeführt und sodann wieder herausgezogen. Jetzt wird mit dem stumpfen oder scharfen Löffel (je nach der Konsistenz des Karbunkels) das Geschwür unterminiert, der Boden bis auf das gesunde Gewebe ausgekratzt, so daſs die vier Incisionen in eine gemeinschaftliche Höhle führen. Diese letztere wird mit einer antiseptischen Lösung gehörig ausgespült und nun zwei Drainröhren kreuzweise in die Höhle eingeführt. Darüber kommt ein Verband, welcher am folgenden Tage entfernt wird. Die Drains werden herausgenommen und die vier Incisionen vernäht. Verfasser behauptet, wenn frühzeitig genug operiert werde, könne mit Leichtigkeit in kurzer Zeit die prima Intentio erzielt, d. h. die den Tumor überziehende Haut gerettet werden. Bei einigen seiner Patienten konnte er von der Chloroformnarkose Abstand nehmen.

C. Müller-Genf.

Die Phenolo- und Serotherapie der Pustula maligna, von Federici. (*Rif. med.* 1900. No. 3 u. 9.) Verfasser hat diese beiden Methoden in einer ganzen Reihe von Fällen mit bestem Erfolge angewendet. Als Serum wurde dasjenige von Sclavo benutzt (20 und mehr Kubikzentimeter pro dosi). Verfasser behauptet, daſs dieses Serum äuſserst wirksame und spezifische Eigenschaften gegenüber der Pustula maligna und dem Karbunkel aufweist, wenn nämlich die Infektion noch nicht allzu weit vorgeschritten ist. Dasselbe ist vollständig unschädlich und verursacht weder lokale noch allgemeine Störungen von Bedeutung, so daſs es selbst bei Graviden angewendet werden kann. Da aber gegenwärtig das Serum noch ziemlich schwer erhältlich und teuer ist, kann es ganz vorteilhaft durch die Karbolsäure in subcutanen Injektionen ersetzt werden. Beide, das Serum und die Karbolsäure, können in einer von der kranken Stelle entfernten Region injiziert werden. *C. Müller-Genf.*

In der Société des Sciences médicales de Lyon (*Lyon méd.* 1901. No. 8) stellte FAVRE einen Kranken mit **Biskrabeule** vor. Der Patient hatte ca. ein halbes Jahr in Biskra gelebt und war vor drei Monaten von dort nach Frankreich zurückgekehrt. Zwölf Tage, nachdem er Algerien verlassen, entstand am inneren Rand des linken Vorderarmes ungefähr in der Mitte, sowie an der hinteren Partie des rechten Ellenbogens je eine kleine, rote, unempfindliche Erhabenheit, die sich beiderseits in ein Geschwür umwandelte. Zur Zeit der Vorstellung findet sich links ein zweifrankstückgroßes, rundes Geschwür mit roten, erhabenen, steil abfallenden Rändern und grau belegtem, warzenartigen Grunde; die aussickernde, dicke Flüssigkeit verdichtet sich rasch zu einer gelblichen Kruste. Rechts sind die Ränder des Geschwürs unregelmäßiger und stärker erhaben als links, das Geschwür selbst ist von einer dicken, schwärzlichen Kruste bedeckt, die Haut in der Umgebung ist gerötet. Die Ulceration ist beiderseits oberflächlich und vollständig indolent; Drüsenschwellung besteht nicht. Der Kranke erhält Chinin, sowie lokale Bäder von mehrstündiger Dauer in Lösung von übermangansaurem Kalium. *Götz-München.*

Über Rhinoskleroma, von H. JAVECKY-New York. (*Med. News.* 1901. No. 11.) Nach einer allgemeinen Beschreibung dieses Leidens, welches nach HEBRA (1870) durch eine allmähliche Verdickung oder Infiltration der Haut oder Schleimhaut von Ala und Septum narium charakterisiert ist, schmerzlos und allmählich fortschreitet und Geschwulstmassen von elfenbeinharter Konsistenz bildet, bringt J. einen typischen Fall zur Besprechung. Es handelt sich um eine 32jährige Russin, welche seit elf Jahren in Amerika lebt und immer gesund gewesen ist (verheiratet, sechs Kinder); die Nase war der Sitz einer atrophischen Rhinitis, gefüllt mit schleimiger Absonderung, die Schleimhaut sehr geschwollen, Tonsillen und Gaumenzäpfchen fehlen vollständig, von dem rechten hinteren Gaumensegel hing eine feingestielte Geschwulst von der Größe einer großen Nuß herab; die Epiglottis war atrophisch, ausgesprochene Stenosis vorhanden. Nach der Excision der Geschwulst konnten in derselben keine Bacillen gefunden werden, doch Narbenstreifen, welche von den hinteren Gaumensegeln zu den Seitenwänden des Rachens zogen (hintere Rhinoskopie), sollen charakteristisch für diese Neubildung sein, welcher J. aber lieber den Namen Scleroma respiratorium geben möchte. Differentialdiagnostisch kommen in Betracht Syphilis — keine Drüsenschwellung, Versagen der spezifischen Behandlung, Tuberkulose — Mangel jeglicher konstitutioneller Symptome und Lupus — kein Schmerz und keine Ulceration. Die Diagnose Rhinosklerom war gegründet auf das Fehlen von Schmerz, auf die lange Dauer der Krankheit, den Verlust der Uvula und das Vorhandensein von Narbengewebe an deren und anderen Stellen. Die Krankheit befällt Leute im Alter von 15—45 Jahren, die Prognose ist ungünstig, da es kein Heilmittel für die Affektion giebt. Im vorliegenden Falle, glaubt Verfasser, begann die Krankheit an Uvula und weichen Gaumen und ging dann auf die Mund-, Nasenrachenhöhle, Kehlkopf und Trachea über, vorher sehr störender Husten, Heiserkeit und Dyspnoe, welche Erscheinungen oft erst die Patienten nach langer Dauer des Leidens zum Arzt führen. *Stern-München.*

Einen zweiten Fall von Rhinoskleroma mit regionären metastatischen Drüsenschwellungen stellte S. RÓNA in der königl. ungarischen Ärztegesellschaft vor (Sitzung vom 4. Mai 1901; *Orvosi Hetilap.* 1901. No. 19). Vor zwei Jahren stellte Vortragender einen Rhinoskleromfall vor (derselbe ist im *Arch. f. Derm. u. Syph.*, Bd. 49, Heft 2—3, veröffentlicht), bei welchem die klinische Diagnose sowohl durch die histologische und bakteriologische Untersuchung, als auch durch das Kulturverfahren unzweifelhafterweise sichergestellt wurde, und bei welchem Vortragender

die unter dem Unterkiefer vergrößerten Drüsen — im Gegensatze zu den anderen Autoren — als Rhinosklerommetastasen auffaßte, indem von den exstirpierten Drüsen der Rhinosklerombacillus in Reinkultur gezüchtet werden konnte. Jarisch äußert sich über diesen Fall in seinem Lehrbuche (*Nothnagels spez. Path.*) folgendermaßen: „Zerfall und Exulceration sind dem Rhinoskleromgewebe fremd; ebensowenig führt der Prozeß zu Drüsenschwellung. Wenn eine in allerjüngster Zeit erschienene Arbeit Rónas den Nachweis erbringen will, daß regionäre, sich an das Rhinosklerom anschließende Lymphdrüsenschwellungen zum spezifischen Prozesse gehören, so wird man trotz des mikroskopischen und kulturellen Nachweises von Kapselkokken im vorhandenen Granulationsgewebe und in den exstirpierten Drüsen, zufolge des auch in der Abbildung zum Ausdrucke kommenden, dem Rhinosklerom durchaus fremdartigen Krankheitsbildes an der richtigen Beurteilung des Falles zweifeln können." Nun sind Exulcerationen auch von anderen Autoren beschrieben worden. Vortragender selbst hatte Gelegenheit bei mehreren Fällen oberflächliche Exulcerationen sowohl auf der Haut als auch auf den Schleimhäuten zu beobachten. Die Reproduktion der Photographie ist allerdings schlecht gelungen. Was nun die Drüsenschwellungen anbelangt, fand er nur in der ungarischen Litteratur bei vier Fällen dieselben und nur nebenbei erwähnt. Auf die Beurteilung der Frage der spezifischen Drüsenschwellung antwortet Vortragender mit dieser zweiten Beobachtung: Die 25jährige verheiratete Frau leidet seit fünf Jahren an einem Nasenübel. Die Veränderungen sind nun so typische, daß jedermann selbst nur nach der Beschreibung die Diagnose auf Rhinosklerom machen muß. Auch in diesem Falle sind oberflächliche Exulcerationen und regionäre Drüsenschwellungen sichtbar. In dem anderen Falle wurde der Anfang der Erkrankung auf 23 Jahre, in diesem Falle nur auf fünf Jahre zurückgeführt. Auch in diesem letzteren Falle konnten mit der größten Leichtigkeit sowohl aus dem tiefen Gewebe der Nasengeschwulst, als auch den exstirpierten geschwellten Drüsen Rhinosklerombacillen in Reinkultur nachgewiesen werden. Daraus resultiert, daß das Rhinoskleroma eine Erkrankung ist, die zu regionären metastatischen Drüsenschwellungen führen kann und daß diese Befunde durchaus nicht dem klinischen und bakteriologischen Begriffe des Rhinoskleroms widersprechen. Die Impfungen vom Blute blieben in beiden Fällen steril. *A. Alpár-Alexandria.*

Einen Fall von primärem Favus des Gesichtes beschreibt Malincorico (*Il Morgagni.* 1901. No. 3). Das linsengroße Skutulum lag bei dem zwölfjährigen Knaben auf einer geröteten Plaque der linken Jochbeingegend neben einem papulosquamösen Ekzeme. Der ganze übrige Körper war vollständig frei von jeder Art von Ausschlag. Auch über die Infektionsquelle des Falles ließ sich nichts nachweisen, da in der Familie und der sonstigen Umgebung des Knaben niemand an der Dermatose litt. *C. Müller-Genf.*

Über die Stomatitis aphthosa und ihren Einfluß auf die Entwickelung der chronischen Affektionen, von Arthaud. (*Progrès méd.* 1901. No. 8.) Seit ca. einem Jahre besteht in Paris und einem großen Teile des übrigen Frankreichs, besonders des Westens, Nordens und Ostens, eine Epidemie von Stomatitis aphthosa von ganz charakteristischem Verlaufe. Allermeist ganz harmlos für gesunde Individuen, kann sie bei Tuberkulösen oder Herzkranken verhängnisvoll werden, indem sie fötide Bronchitiden, Dyssenterien und geradezu foudroyante Meningitiden verursacht. Die Inkubation beträgt 1—2 Tage, dann nimmt das Fieber zu und erreicht am dritten Tage seinen Höhepunkt; zu dieser Zeit erscheint öfters, besonders bei Kindern, ein charakteristisches erythematöses und vesikulöses Exanthem, das sich über den ganzen

Körper in Form eines skarlatinösen „Rash“ mit aufgestreuten, äufserst kleinen, zugespitzten Bläschen, deren Inhalt entweder blutig oder hell oder eitrig ist. Derselbe Ausschlag bricht auch auf der Schleimhaut des Mundes und anderer Körpergegenden aus. Das Exanthem ist entweder ganz vorübergehend (1—2 Stunden) oder es kann bis zehn Tage dauern (besonders die hämorrhagischen Formen). Im Munde kommt es zur Bildung von Geschwüren, die sich in den schweren Formen bis in den Ösophagus und den Kehlkopf ausbreiten können. Wahrscheinlich geht dasselbe auf den anderen Schleimhäuten vor, da man meist dyssenterieartige Diarrhoen beobachtet, welche denselben faden Geruch veranlassen, wie man ihn in den oberen Darmwegen konstatiert. Recidive sind öfters beobachtet worden und von schlimmer Prognose. Als Komplikationen sind Gaumensegellähmung und Drüsenschwellungen (Mammitis, Orchitis mit Hydrocele) beobachtet worden. Die Behandlung besteht in Darmantisepsis (Naphtol und Kalomel) mit Antipyreticis; lokal: Jodtinktur und Goldchloridlösung (1 : 50). Verfasser hält diese beim Menschen epidemisch vorkommende Affektion für identisch mit der Maulseuche des Rindes. Milch, Butter und Fleisch können zu Trägern der Infektion werden. *C. Müller-Genf.*

Ein Fall von Dermatitis nach akutem Lichen planus, von T. S. Short-Birmingham. (*Lancet.* 23. März 1901.) Die 21jährige, anämische Patientin hatte etwa sechs Monate vor der Aufnahme zuerst einige von lebhaftem Jucken begleitete Papeln am rechten Arm bemerkt. Es fand sich eine sehr ausgebreitete Entwickelung von typischem Lichen planus, nur mit einer ungewöhnlich intensiven und allgemeinen Schuppenbildung. Heilung erfolgte unter gründlicher Einreibung mit Ungt. sulphuris (Sulph. sublim. 1,0, Adip. benzoinat. 4,0) und Ungt. hydrarg. praecipitat. alb. zu gleichen Teilen im Laufe von fünf Wochen. Arsenik hatte sie gar nicht erhalten. Die Mutter litt seit 21 Jahren bereits an Lichen planus chronicus.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Vorläufige Mitteilung über verbesserte Methoden bei der Behandlung der Kupfernase und zur dauernden Entfernung lästiger Haare, von Blokbaum-Köln. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1900. No. 56.) Verfasser erzielt ideale Heilungen der Kupfernase durch Stichelungen mit der Platiniridium-Glühnadel; in einzelnen Fällen genügt die einfache Stichelung nicht, es müssen insuläre Stichelungen und Tiefenkauterisationen vorgenommen werden. Zur Entfernung von Haaren verwendet Verfasser eine Glühnadel von $3^1/_2$ mm Länge, führt sie in der Richtung des Haarbalges 3 mm tief glühend ein und zieht sie sofort noch glühend wieder heraus; dann erfolgt eine zweite und dritte Einsenkung ebenso tief in der Mitte des Stichkanals, ohne die Ränder zu berühren. Nun ist der Wurzelkanal völlig ausgebrannt, ein Wiederwachsen des Haares unmöglich. Nur der erste Einstich ist empfindlich. Die Methode ist der Elektrolyse, was Schmerzhaftigkeit, Narbenbildung und Dauererfolg betrifft, überlegen.

A. Loewald-Cassel.

Chirurgische Behandlung der Acne hypertrophica der Nase, von Rohmer-Paris. (*Presse méd.* 1901. No. 8.) Verfasser giebt eine recht instruktive kompendiöse Übersicht über die Chirurgie der Pfundnase und fügt seiner Abhandlung die Abbildungen zweier Patienten vor und nach der Operation bei, welche allerdings erstaunlich gute kosmetische Effekte zurückgelassen hat. Besondere neue Behandlungsmethoden werden nicht genannt. *Hopf-Dresden.*

Progressive Ernährungsstörungen.

Die Blastomyceten in der Ätiologie der malignen Tumoren, von MORGAN. (*La Semana medica.* 1900. No. 42.) Verfasser beschreibt einen Fall von Sarkom der Schilddrüse, bei dem er die von BUSSE, SAN FELICE, RONCALI beschriebenen und als Parasiten erkannten Körperchen gefunden hat. Die experimentellen Untersuchungen, die er mit diesem Blastomycet angestellt hat, erlauben ihm aber nicht, sich über den Punkt auszusprechen, ob diesen Körperchen eine ätiologische Bedeutung bei der Entstehung der malignen Tumoren auch zukommt. *C. Müller-Genf.*

Ein Fall von Pseudoleukämie der Haut, von KIRKOROFF. (*Russ. Arch. f. Pathol. etc.* 1901. S. 224.) Zu den bisher in der Litteratur veröffentlichten Fällen von Pseudoleucaemia cutis fügt Verfasser folgende pathologisch-anatomische Beobachtung hinzu. Bei einer Leiche fanden sich auf dem linken Scheitelbein, auf dem rechten Nasenflügel, auf der vorderen und hinteren Thoraxhälfte Knoten von verschiedener Größe und weiter Konsistenz, die sich mit der Haut verschieben ließen. Die Farbe der Haut über den Knoten war teilweise normal, teilweise dunkelbraun. Außer den Knoten in der Haut fanden sich noch solche auf dem harten Gaumen, auf der Plica aryepiglottica sin., auf dem linken wahren Stimmbande, im unteren Drittel der linken Lunge und im Epicardium. Die Lymphdrüsen waren überall vergrößert. — Mikroskopisch ließ sich folgendes konstatieren: Eine stark ausgeprägte Rundzelleninfiltration im Corium, wobei die einzelnen Rundzellen von verschiedener Größe waren, aber große Kerne und wenig Protoplasma aufwiesen; in den Knoten aus dem Gaumen, dem Rachen, der Lunge etc. fand sich eine ungeheure Vermehrung der lymphoiden Elemente und der Bindegewebsfasern. *A. Jordan-Moskau.*

Zur Therapie des Cancroid, von O. LASSAR. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1901. No. 10.) L. stellt in der Berliner medizinischen Gesellschaft mehrere Patienten vor, bei denen das Cancroid lediglich unter langdauernder innerer Darreichung von Arsen geheilt is. Beigegebene Photographien zeigen die Patienten vor und nach der Behandlung. L. findet in den neuen Resultaten eine Bestätigung seiner bereits 1893 ausgesprochenen Ansicht. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Behandlung von Hautcarcinomen ohne Operation, von HENRY W. STELWAGON-Philadelphia. (*Am. med. Assoc. Journ.* 15. Dezbr. 1900.) Die Behandlung der Epitheliome mit Ätzmitteln, meint Verfasser, ist in den meisten Fällen der operativen Behandlung gleichwertig, in vielen Fällen ihr überlegen. Die kaustische Methode zerstört die Peripherie der Neubildung viel sicherer als das Messer, sie wirkt antiparasitär und kann schon in frühesten Stadien zur Anwendung kommen, wenn die Patienten sich noch nicht zur Operation entschließen wollen. Die besten Caustica sind Arsenik, Kalium causticum, Chlorzink und Pyrogallol. Verfasser schildert ausführlich die Anwendungsweise der verschiedenen Mittel, ohne wesentlich Neues zu bringen. Dem Arsenik räumt er die erste Stelle ein. *A. Loewald-Cassel.*

Beitrag zum Studium der Riesenzellen und der Leukocyten beim Epitheliom der Schleimschicht, von POLIER. (Toulouse, 1901.) In den Schleimschichtepitheliomen (epithéliomas malpighigiens) findet man Riesenzellen, Plasmodien, Syncytien. Dieselben sind nicht gerade häufig, doch muß ihr Vorhandensein als ausnahmsweise betrachtet werden. In morphologischer Beziehung können sie verschiedene Gestalten annehmen, vom LANGHANSschen Typus bis zur Form riesiger Myeloplaxen. Ihr Sitz ist sehr verschieden: im entzündlichen periepitheliomatösen Bindegewebe, im Centrum

selbst der neoplastischen Läppchen, oder gleichzeitig im Centrum, am Rande oder in der nächsten Umgebung dieser Läppchen. Der Ursprung und die Bedeutung dieser Riesenzellen variiert je nach ihren Beziehungen und in einem gewissen Grade nach ihrer Gestalt. Sie bilden entweder das Endstadium einer Degeneration der Zellen der Schleimschicht oder sie bedürfen der Mitwirkung der Lymphzellen. Im letzteren Falle können die Riesenzellen als Zellen mit eingeschlossenen Fremdkörpern, also als Phagocyten, betrachtet werden, wobei die Fremdkörper durch ein oder mehrere degenerierte epitheliomatöse Zellen repräsentiert werden. Die Intervention von Leukocyten im Epitheliom stellt histologisch einen Prozeſs spontaner Heilung dar; sie kommt aber nur nach vorhergehenden degenerativen Veränderungen zu stande und diese degenerativen Veränderungen können verschiedener Art sein.

C. Müller-Genf.

Zwei Fälle von PAGETscher Krankheit, von ASSELBERGHS. (*Presse méd. belge*, 1901. No. 2.) Es handelt sich um PAGETs Discase bei einer 30jährigen Frau, Mutter von 2 Kindern, und einer 41jährigen Patientin, Mutter von 11 Kindern. Dauer der Erkrankung von Beginn der ersten Symptome bis zum Tode circa 2 Jahre. Die ersten Anzeichen bestanden in kleinen Rhagaden der Brustwarze, um die sich ein ekzematöser Hof bildete, der bald exulcerierte. Zuletzt war die ganze linke Brust von einem ausgebreiteten, tiefgehenden, die Pleurabewegungen sichtbar lassenden, unregelmäſsig begrenzten Krebsgeschwür bedeckt. Im zweiten Falle besteht das Leiden seit anderthalb Jahren. Das Symptomenbild zeigte folgende Eigentümlichkeiten: Polycyklischer, leicht erhabener Rand der ekzemartigen Affektion; Abflachung und Verschwinden der Brustwarze; keine Drüsenaffektion. Es handelt sich aber um ein Anfangsstadium der PAGETschen Krankheit; therapeutisch kommen hierbei partielle Excision, Thermokauterisation oder Behandlung mit Ätzpasten (auch CZERNYS Arsenumschläge) in Frage. Nach WICKHAMS Untersuchungen vergehen gewöhnlich 7—10 Jahre, ehe die Drüsen krankrös zerfallen. *Hopf-Dresden.*

Fälle von PAGETs Discase, von Myxödem und von Molluscum contagiosum conglomeratum capitis, von DUBOIS-HAVENITH-Brüssel. (*Presse méd. belge.* 1901. No. 3.) Zu gleicher Zeit, in der ASSELBERGHS in der medizinisch-chirurgischen Gesellschaft einen Fall von PAGETscher Krankheit vorstellte, beobachtete Verfasser ebenfalls eine Patientin mit dieser immerhin seltenen Affektion. Letztere dauerte im vorliegenden Fall schon etwa anderthalb Jahre. Achseldrüsen noch frei. DUBOIS schlieſst sich therapeutisch den Vorschlägen ASSELBERGHS an, vor der Entfernung der ganzen Mamma weniger radikale Methoden, wie partielle Excision, Thermokaustik oder Ätzpasten anzuwenden. In dem Falle von Myxödem konnte Verfasser von Jodothyrin gute Erfolge sehen. Bezüglich der konglomerierten, tumorenartig zusammensitzenden Molluscumeruptionen ist nichts besonderes weiter zu sagen. *Hopf-Dresden.*

Granuloma innominatum lupiforme im Gesichte und am Halse, von T. DE AMICIS. (Festschrift zu Ehren von M. KAPOSI, 1900.) Es handelt sich um einen 36jährigen Mann, bei dem sich innerhalb eines Jahres ein unter dem unteren Augenrande verlaufendes, über beide Gesichtshälften ziehendes Infiltrationsband ausbildete, welches stellenweise um 1—2 cm das umgebende Hautniveau überragte, geschlängelte, scharf gezeichnete Ränder aufwies und von dunkelroter Farbe war. Die Oberfläche war an mehreren Stellen exkoriiert und zeigte ein granulöses Aussehen. Auf dem Nasenrücken konstatiert man kleine, gelbliche Borken, die ziemlich fest anhaften und eine etwas Eiter secernierende und leicht blutende Fläche bedecken. Die Konsistenz ist weich und etwas schmerzhaft auf Druck. Eine ähnliche Infiltrationsplaque befindet

sich am Halse über dem Larynx. Die Diagnose der Affektion schwankte besonders zwischen Lues und Syphilis. Lepra- und Tuberkelbacillen konnten nirgends nachgewiesen werden; die inneren Organe erwiesen sich als vollständig normal. Die antisyphilitische Behandlung blieb gänzlich resultatlos. Verfasser schliefst auf Grund dieses negativen Befundes Tuberkulose und Syphilis aus. Da auch keine Blastomyceten nachgewiesen werden konnten, obwohl andererseits klinisch viele Übereinstimmung mit dem von GILCHRIST-STOKES beschriebenen (a case of pseudo lupus vulgaris caused by a blastomyces) zeigte und die Heilung definitiv mit lokalen Mitteln erzielt wurde, kann sich der Verfasser über die Natur der Affektion keine genaue Vorstellung machen. *C. Müller-Genf.*

Bericht über zwei Fälle, welche den Übergang von Verruca senilis in Carcinom demonstrierten, von G. W. BROWNE-St. Louis. (*St. Louis med. Rev.* 23. Febr. 1901.) Beide Fälle betrafen Frauen in den fünfziger Jahren; bei beiden safs die Läsion an der Nase und griff auf die Augenlider über, anfangs als einfache Warzen, später mit Geschwürsbildung. Fall I heilte unter lokaler Behandlung, durch Hauttransplantation ergänzt. Fall II ist noch in Behandlung. — Die ganze Mitteilung ist wenig genau und beweisend. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Verkalkte Hygrome und subcutane Granulome, von MILIAN. (*Presse méd.* 1901. No. 107.) Verfasser beobachtete in den letzten zwei Jahren mehrere Fälle einer eigentümlichen Affektion, die er in seiner Abhandlung beschreibt. Es handelt sich um halbweiche oder fluktuierende Tumoren, analog den kalten Abscessen. Sie sitzen im subcutanen Zellgewebe oder in den serösen Schleimbeuteln und bestehen aus einer fibrösen Masse mit zerstreuten Hohlräumen, in denen eine weifsliche, sahnige Flüssigkeit mit verkalkten Hohlräumen sich befindet. Die Krankheit kann sich generalisieren und zum Tode führen. Zuerst tritt die Affektion stets an einem Orte allein auf, meist mit Traumen, und zwar mit Vorliebe an der Bursa praepatellaris. Die Haut über der Geschwulst wird dünner und kann einen bräunlichen Teint annehmen. Der Inhalt der Tumoren waren in drei Beobachtungen von RÉNON und DUFOUR, MILIAN und NEVEN, sowie PROFICHET richtige Hautsteine, wenn es auch vielfach sich nur um Eitermassen und zuweilen um eingestreute kleine Kalkkongremente handelt. Die Affektion braucht mehrere Monate zur Entwickelung und kann sich lokal weiter bilden oder generalisieren. Das letztere ist die Regel. Die Neubildung von Tumoren wird häufig auch durch die Exstirpation der primären Geschwulst nicht verhindert. Der Ausgang der Tumoren ist entweder Resorption oder Exulceration mit Vernarbung. Im Falle der Verallgemeinerung der Tumoren stellen sich Muskelatrophien, Gelenksteifigkeiten und Muskelschmerzen, zu denen sich Abmagerung, Decubitus und andere Zeichen von Kachexie gesellen. Die wahrscheinlich kontagiöse Affektion befällt mit Vorliebe jüngere Leute bis zum dritten Lebensjahre, besonders Wanderburschen. *Hopf-Dresden.*

Ein neues Verfahren zur Exstirpation der erektilen Tumoren des Haarbodens, von ARGHIR BABES. (*Revista de Chirurgie.* 1901. No. 2.) Die Operation besteht darin, dafs zuerst um den Stiel des Tumors eine kontinuierliche Naht angelegt wird zur Erzielung der Hämostase. Dann wird der Stiel durchtrennt, die Naht gemacht und zuletzt die Präventivnaht entfernt. Verfasser will auf diese Weise vollständig unblutig operieren. *C. Müller-Genf.*

In der Société des Sciences médicales de Lyon (*Lyon méd.* 1901. No. 10) sprach POULY über **zwei Fälle von subungualen Tumoren.** In dem einen Falle handelte

es sich um einen unter dem Nagel der linken grofsen Zehe gelegenen, erbsengrofsen, harten, nur auf Druck und beim Gehen schmerzhaften Tumor, der sich als wirkliche Neubildung, und zwar als osteoides Chondrom erwies. Im zweiten Falle fand sich unter dem Nagel der rechten grofsen Zehe ein harter, ebenfalls nur auf Druck und beim Gehen schmerzhafter Tumor von der Gröfse und Gestalt eines Eckzahns. Die histologische Untersuchung dieses Tumors ergab, dafs es sich nicht um eine Neubildung, sondern um das Produkt einer Entzündung, und zwar um eine Exostose handelte. *Götz-München.*

Vier Fälle von Lymphangioma cysticum congenitum beschreibt Ligorio und schliefst daran allgemeine Bemerkungen über Symptomatologie, Diagnose und Therapie der Affektion. (*Rif. medic.* 1901. No. 3—6.) *C. Müller-Genf.*

Angioma cysticum der Nase, von Henry Lewis Wagner-San Francisco. (*New York med. journ.* 1901. No. 11.) In den beiden Fällen dieser seltenen Neubildung, welche W. beobachtete, handelte es sich um einen 9jährigen Knaben und eine 28jährige Frau. Die Neubildung safs als einziger blau-grauer Tumor an der ganzen hinteren Hälfte der einen Nase und ragte etwas in den Nasenrachenraum hinein. Die Berührung mit der Sonde ist höchst charakteristisch, dieser Tumor zeigt eine gröfsere Elasticität seiner Aufsenwände als irgend einer innerhalb dieser Grenzen, z. B. das Myxom oder Myxofibrom; er ist sehr beweglich und etwas unterhalb des Foramen sphenopalatinum an einem kleinen Stiel befestigt. Während und nach der Exstirpation der Geschwulst kommt eine hellbraune Flüssigkeit aus derselben heraus; der Sitz des Tumors mufs mit dem Galvanokauter gründlich zerstört werden, da sonst sehr rasch wiederholte Neubildung eintritt. Mikroskopisch bestehen die Cystenwände aus venösen Blutgefäfsen und kavernösen Buchten, daher der Name Angioma cysticum; die Flüssigkeit der Cyste stellt Blutserum dar, daher auch die Bezeichnung seröse Cyste. *Stern-München.*

In der Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux (*Journ. de méd. de Bordeaux.* 1901. No. 8) sprach Aubaret über einen Fall von **symmetrischer Lymphangiektasie beider Oberlider.** Es handelte sich um einen sonst gesunden jungen Menschen, bei dem beide Oberlider in ihrer ganzen Ausdehnung seit dem 5. oder 6. Lebensjahre wulstartig angeschwollen waren. Auf Wunsch des Kranken wurde beiderseits ein 4—5 mm breiter Streifen excidiert. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dafs es sich um Dilatation der Lymphgefäfse und chronische Lymphangitis handelte. Ähnliche Fälle sind von Rohmen auf dem Kongrefs im Jahre 1900 mitgeteilt worden. *Götz-München.*

In der Société médicales de Lyon (*Lyon méd.* 1901. No. 7) stellte Jacquéau eine Kranke mit **symmetrischem Xanthelasma beider Unterlider** vor. Bei der Patientin entstanden vor 5 Jahren auf dem linken Unterlid, 2—3 Jahre später auf dem rechten Unterlid je sechs, vollkommen symmetrische, flache, weiche, hellgelbe, ovale Xanthelasmaflecken; im Bereich derselben ist die Sensibilität deutlich herabgesetzt. Nach der Ansicht Jacquéaus handelt es sich zweifellos um eine Trophoneurose; er will versuchen, die Flecken durch Applikation ableitender Mittel, in erster Linie durch Applikation von Jodkalium zu beseitigen. — In der sich anschliefsenden Diskussion empfehlen Aubert und Carry, sich jeder Behandlung zu enthalten. Vallas frägt, ob man nicht durch Elektrolyse Heilung erzielen könne. Dor hat einen Fall mit Elektrolyse ohne Erfolg behandelt. *Götz-München.*

Ein Fall von Xanthoma in Knoten und in Tumoren, von DUHOT. (*Presse méd. belge.* 1900. No. 52.) Der Fall betrifft einen 56jährigen Arbeiter. Verbreitung der Affektion über fast den gesamten Körper. Nur Gesicht und Hals sind ganz frei. Die Extremitäten sind besonders stark befallen. Es überwiegen die tumorartig aussehenden Xanthomeruptionen. Der Kranke hat zwar früher einmal Gelbsucht gehabt, ist aber nicht diabetisch. Keine Therapie schlug an. Wo Xanthome entfernt worden waren, traten Rezidive auf. *Hopf-Dresden.*

Über Xanthom, von RILLE-Innsbruck. (*Heilkde.* Jan. 1901. Heft 1.) Kurze Beschreibung der verschiedenen Formen dieser gutartigen Neubildung; das Xanthoma planum findet sich bekanntlich meist an den Augenlidern und im Gesicht, auch an der Mund- und Rachenschleimhaut, das Xanthoma tuberosum hauptsächlich in der Umgebung der Gelenke und ebenfalls häufig an den Schleimhäuten. Beim Diabetes soll ausschliefslich letztere Form vorkommen, charakteristisch für das diabetische Xanthom der mehr temporäre Bestand gegenüber der Persistenz des gewöhnlichen Typus sein. Anatomisch besteht das Xanthom aus in die Cutis sich einschiebenden gelblichen Strängen, welche Fett von ganz besonderer Art enthalten (Xanthomzellen); auch zu den Naevis wird von manchen Autoren das Xanthom gerechnet. Die Therapie besteht in Excision oder Auskratzung, BLASCHKO erzielte bei einem Kinde von 1½ Jahren völlige Heilung mit Phosphordarreichung (0,01 : 10,0 Spiritus, 3mal täglich 10 Tropfen in Wasser); bei Kombination mit Leberleiden und Diabetes entsprechende Diät. Eine dritte, von BALZER aufgestellte Form ist das Xanthoma elasticum, welches, wie das der Diabetiker, meist die Gelenkbeugen wie die Augenlider befällt und wovon R. einen Fall beschreibt. *Stern-München.*

Über Morbus Addisonii, von L. HUISMANN-Köln. (*Münch. med. Wochenschr.* 1901. No. 16.) Ausgehend von einem zur Sektion gelangten Fall von ADDISONscher Krankheit, bei welchem sich eine bedeutende Vergröfserung beider Nebennieren mit stecknadelkopfgrofsen, verkästen Herden gefunden hatte, bespricht der Verfasser die von BORUTTAU in *Pflügers Arch. f. Physiol.* (Bd. 79, S. 97) veröffentlichten „Erfahrungen über die Nebennieren". BORUTTAU sieht „die Hauptfunktion der Nebennieren vorläufig in einer Unschädlichmachung und Verwertung von Umsatzprodukten der Muskelthätigkeit zur Regulation der Ernährung und Innervation des ganzen motorischen Apparates"; diese von den Nebennieren entsprechend veränderten Ermüdungsstoffe arbeiten der reflektorisch bei jeder Muskelarbeit auftretenden Erweiterung der Muskelgefäfse entgegen, verhindern eine Vasodilatation im Splanchnikusgebiet und verstärken die Herzthätigkeit. Auf diese Weise soll das Centralnervensystem vor den Gefahren der Anämie bei starker Muskelarbeit geschützt und so die Innervation des motorischen Apparates reguliert werden. Demnach würde ein Ausfall der Nebennierenthätigkeit eine Hirnanämie zur Folge haben, und die Adynamie und Aboulie bei Morbus Addisonii wäre also durch Hirnanämie verursacht. Demgegenüber bleibt der Verfasser bei seiner bereits früher geäufserten Anschauung, dafs die normalen Nebennieren die Aufgabe haben, gewisse bei der Darmfäulnis und bei der Muskelaktion entstandene toxische Stoffe unschädlich zu machen, und dafs der Ausfall dieser Nebennierenthätigkeit eine Intoxikation zur Folge hat. *Götz-München.*

Regressive Ernährungsstörungen.

Zur Behandlung der Unterschenkelgeschwüre, von O. SCHULZE-Cottbus. (*Münch. med. Wochenschr.* 1901. No. 12.) Bei der Behandlung der Unterschenkelgeschwüre hat sich dem Verfasser der Kampfer vorzüglich bewährt. Er verschreibt

denselben meist in Form einer Salbe (Camphor. trit. 2,0, Zinc. oxydat. 15,0—20,0, Adip. suill. ad 100,0) oder wenn diese nicht vertragen wird, in Lösung (Camphor. trit. 2,0, Ol. oliv. 50,0, Zinc. oxydat. 40,0—50,0; Ds. vor dem Gebrauche tüchtig zu schütteln). Salbe wie Lösung sind zwei bis dreimal täglich zu applizieren. Unter dieser Behandlung kommen die meisten Unterschenkelgeschwüre zur Heilung.

Götz-München.

Zur operativen Behandlung der Varicen und der varikösen Phlebitis, von KAREWSKI. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1901. No. 12.) K. giebt ein modifiziertes Verfahren der TRENDELENBURGschen und MADELUNGschen Operation an, welches bessere Erfolge als die genannten Operationen und weniger Recidive aufweist. Es empfiehlt sich in der Hauptsache, die Varicen zu exstirpieren und die abführende Vene so weit hinaus zu resecieren, wie solche noch erweitert und erkrankt erscheint, d. h. in der Regel den Stamm der Vene von ihrer Einmündungsstelle an bis zu den Varicen und dann diese gänzlich zu entfernen. Auf diese Weise bringt man auch die frische variköse Phlebitis schnell und dauernd zur Heilung. *Bernhard Schulze-Kiel.*

In der Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux (*Journ. de méd. de Bordeaux.* 1901. No. 7) stellten DUBREUILH und DENIER einen Kranken mit typischem **Malum perforans plantae pedis** vor. Von all den Affektionen, die sonst bei der Ätiologie des Malum perforans pedis in Frage kommen, Lepra, Syphilis, Tabes etc., war bei dem Patienten keine Spur zu finden. Dagegen hatte er sich vor ca. 30 Jahren die Füfse erfroren. Wahrscheinlich ist in diesem Falle das Malum perforans eine Folge der Erfrierung. *Götz-München.*

Über Alopecia areata, von LASSAR. (*Wien. med. Presse.* 1900. No. 34.) Verfasser plaidiert, um ein wertvolles statistisches Material zu gewinnen, eine Enquête der Fachgenossen aller Kulturländer durchzuführen. Eine besondere Veranlagung oder Widerstandskraft einzelner Individuen besteht gegenüber der Alopecia areata nicht und eine Immunität gegen das Leiden kann nicht erworben werden, dafür spricht, dafs Personen jeden Alters und jeder Lebenslage ohne Auswahl befallen werden. Zu allen Zeiten und in allen Gegenden hat das Leiden dasselbe Bild dargeboten. Der atypische Fortschritt in jedem Einzelfall hat etwas rein zufälliges. Dieselben Personen und dieselben Körperstellen können immer wieder von neuem befallen werden. Die neuropathische Auffassung des Leidens verliert mehr und mehr an Boden und Anhängern, vielmehr ist die parasitäre Ätiologie die wahrscheinlichere. Die kontagionistische Auffassung wird durch das Auftreten in Familien, Schulen, Internaten, Kasernen, durch die gruppenweise Etablierung der Krankheitsherde, die Beziehung zu Barbierstuben und Haarschneiden in übereinstimmender Art erwiesen. Die Tierversuche sind wohl bis jetzt negativ ausgefallen, es scheinen alle Versuchstiere gegen diese Affektion immun zu sein. Es bleibt noch die Möglichkeit offen, dafs eine fremdartige, bislang unerwartete Ursache gefunden werde, welche eine toxische Hemmung des Haarwuchses an Ort und Stelle bewirkt, ohne sich schliefslich als lokale Bakterienentwickelung zu erweisen. Die Therapie der Alopecia areata bildet eine auf hypothetischer Voraussetzung begründete und in günstiger Weise bewährte Empirie (baktericide, antiparasitäre und antitoxische Mittel). Von ihrer frühzeitigen Anwendung hängt die Prognose ab. *A. Alpár-Alexandria.*

Beitrag zum Studium des Myxödems bei mehreren Mitgliedern derselben Familie infolge heteromorpher Heredität, von CEÑAL. (*Rev. ibero-americana.* 1901. No. 9.) Es handelt sich um drei myxödematöse Kinder (zwei Knaben und

ein Mädchen), deren Vater ein gesunder, kräftiger, wohlgestalteter Mann, deren Mutter dagegen Trägerin eines gewaltigen Kropfes war. Aufserdem hatten unter den Vorfahren der Mutter einzelne Generationen Kröpfe besessen, dieselben aber nicht regelmäfsig direkt, sondern zum Teil indirekt auf ihre Nachkommen übertragen. Verfasser kommt zum Schlusse, dafs zu den Varietäten des Myxödems das familiale gerechnet werden mufs, dafs als Ursache die heteromorphe Erblichkeit anerkennt. Der Kropf der Mutter kann bei der Mehrzahl der Söhne Myxödem und bei den anderen wieder Kropf erzeugen. Bei der Bildung des Myxödems durch Umwandlung des Kropfes durch mütterliche Heredität wirkt nicht allein die pathogene Potenz der Mutter — regressive Evolution — sondern auch die physiologische Potenz des Vaters — progressive Evolution. *C. Müller-Genf.*

Lupus erythematosus bei Geschwistern, von S. Róna. (*Orvosi Hetilap.* 1901. No. 9.) Der Lupus erythematosus ist bei Geschwistern oder überhaupt bei Blutsverwandten eine sehr seltene Beobachtung. In der Litteratur konnte Verfasser nur zwei Fälle finden, die aber auch nicht vollkommen verifiziert sind. Die Erkrankung betraf drei Schwestern, wo bei den zwei älteren das Krankheitsbild in starkem Mafse (Gesicht und Kopfhaut) entwickelt war, alle typischen klinischen Symptome zeigte, bei der dritten Schwester, im Anfangsstadium ihrer Erkrankung, wurde die Diagnose in Fragezeichen gestellt. Im Anschlufs an diese Fälle bespricht Verfasser die Ätiologie des Lupus erythematosus auf Grundlage seiner eigenen Erfahrungen (53 Fälle), welche bestätigen, dafs derselbe bei Frauen häufiger ist als bei Männern. Was nun den Zusammenhang mit der Tuberkulose anbelangt, so sprechen seine Beobachtungen weder pro noch contra, hingegen ist es sicher, dafs kein einziges Mal eine Kombination mit Lupus vulgaris vorkomme. *A. Alpár-Alexandria.*

Die Anwendung von überhitzter Luft (Tallermansystem) bei Sklerodermie, von F. Neumann-Baden-Baden. (*Lancet.* 30. März 1901.) Bei einem sehr hochgradigen Falle von Sklerodermie hat Verfasser einen ganz handgreiflichen und sehr erfreulichen Erfolg mit dieser Behandlung erzielt. Es handelte sich um eine 46jährige Frau, bei der die Affektion bereits sechs Jahre bestand und das Abdomen, die Brust, fast den ganzen Rücken, Füfse und unteren Teil der Unterschenkel, Knie, Unterarme und Hände ergriffen hatte. Letztere waren vollständig steif, die Finger unbeweglich. Nach vierwöchiger Behandlung wurde sie gebessert entlassen. Diese Besserung hielt an, und nach einer nochmaligen Behandlung konnte sie gehen, schreiben, stricken, und die sonst unerträglichen Schmerzen waren beseitigt.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Saprophyten und Fremdkörper.

Diffuses subcutanes Emphysem in einem Falle von aufgeregter Melancholie, von Tirelli. (*Rif. med.* 1900. No. 71.) Bei einem Melancholiker entstand während einer heftigen Aufregungsperiode unter leichten Fiebererscheinungen ein subcutanes Emphysem, das sich vom Gesichte über den Hals, den Rumpf nnd die Extremitäten ausbreitete, um dann nach und nach wieder zu verschwinden, bis ganz unerwartet der Exitus nach zwei schweren Collapsanfällen eintrat. Bei der Autopsie fand man unter anderen eine Bronchopneumonie mit pleuritischen Adhärenzen. Während der heftigen Aufregung mufste es somit zu einer Ruptur des Lungengewebes mit Austritt der Luft in die subpleuritischen Räume gekommen sein, von wo aus sich diese weiter ausdehnte. *C. Müller-Genf.*

Pigmentierung der Haut, verursacht durch den Demodex folliculorum, von W. Dubreuilh. (*Journ. de méd. de Bordeaux.* 1901. No. 4.) Der Verfasser fand bei einer Frau die Haut des Gesichts, des Halses und der Brust an mehreren, verschieden grofsen Stellen blafsgelb verfärbt. Die Haarbälge sprangen an den pigmentierten Partien etwas vor und gaben der Haut ein fein-graumeliertes Aussehen. Aus den Haarbälgen liefs sich eine weifsliche Masse ausdrücken, welche den Demodex folliculorum in aufserordentlich grofser Anzahl enthielt. Die eingeleitete Behandlung — Applikation einer Chrysarobin-Schwefel-Salicylsäuresalbe und Waschungen mit 1 ‰iger Sublimatlösung — blieb erfolglos; die Haarbälge enthielten nach wie vor zahlreiche Parasiten. Der Verfasser glaubt, dafs die Hautpigmentierung in derartigen Fällen durch ein von den Parasiten sezerniertes Toxin verursacht wird. *Göts-München.*

Mifsbildungen.

Über einen Fall von wachsendem Pigmentnaevus mit eigentümlichen hydropischen Erscheinungen (Anasarka und vorwiegend einseitiger Pleuraerguſs), von Bäumler-Freiburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1901. No. 9.) In Bäumlers Klinik kam im Februar 1900 ein 12jähriger, schwächlicher Knabe mit einem grofsen Pigmentnaevus, der in Form einer Badehose auf der Vorderseite des Körpers die untere Hälfte des Rumpfes und das obere Drittel der Oberschenkel einnahm. Dieses Mal war aus einem angeborenen thalergrofsen Pigmentnaevus in der Nabelgegend zur jetzigen Gröfse herangewachsen. Vor ca. einem Jahre waren die Beine angeschwollen, in den letzten Wochen hatte sich die ödematöse Anschwellung nach oben bis über die Mitte des Rumpfes, also ungefähr bis an die obere Grenze des Males ausgebreitet. Getrennt von dem Hauptmal fanden sich am Rumpf und an den Beinen eine Anzahl kleiner Pigmentnaevi. An den gröfseren derselben, insbesondere seitlich am Thorax, noch viel mehr aber innerhalb des grofsen Naevus an den Oberschenkeln war die Resistenz für den eindrückenden Finger aufserordentlich stark vermindert. Die weniger pigmentierte Mitte einzelner Mäler wies eine leicht-bläuliche Verfärbung auf, die aber nicht von erweiterten Venen, sondern von stark erweiterten Lymphgefäfsen herzurühren schien. An den inneren Organen, wie im Urin war nichts Krankhaftes nachzuweisen. Nur fand sich in der linken Pleurahöhle ein gröfserer Erguſs, der das Herz stark nach rechts drängte. Dieser Erguſs, der einige sehr auffallende physikalische Eigenschaften darbot, wurde dreimal punktiert: es wurden jedesmal ca. 1200 ccm leicht hämorrhagisch gefärbter, seröser Flüssigkeit entleert, die sich aber immer wieder sehr rasch ersetzte. Das Skrotum, das im Anfang lediglich eine etwas gröbere Runzelung und stärkere Pigmentierung gezeigt hatte, nahm allmählich das Aussehen einer aus kleineren und gröfseren, rundlichen, wäfsrig durchscheinenden Bläschen zusammengesetzten Geschwulst an. Ab und zu platzte ein solches Bläschen und liefs dann eine rein seröse Flüssigkeit aussickern; chylösen Charakter hat diese Flüssigkeit niemals dargeboten. Fortgesetzte Beobachtung des Patienten, dessen Befinden im Grofsen und Ganzen mehrere Monate unverändert blieb, brachte Bäumler zu der Überzeugung, dafs die Ausbreitung der den Naevus darstellenden Veränderung, bei welcher vor allem das Lymphgefäfssystem beteiligt zu sein schien, die Ursache der hydropischen Erscheinungen, des Anasarka sowohl, wie des Pleuraergusses war; es schien sich um eine angeborene Veränderung (Erweiterung) einzelner äufserer und innerer Lymphgefäfsbezirke zu handeln. — Der Kranke starb nach ungefähr einjährigem Aufenthalt in der Klinik unter zunehmenden Hydrops. Die Sektion ergab im Gebiet des Naevus die charakteristischen Veränderungen eines kavernösen Lymphangioms der Haut und des Fettgewebes. In

der linken Pleurahöhle fand sich ein Erguſs, der aber keine Teilerscheinung des naevoiden Hydrops darstellte, sondern durch Tuberkulose der Pleura verursacht war. Die Lymphgefäſse des Mesenteriums, der Pleura und der Lungen waren nicht erweitert, der Ductus thoracicus ohne Veränderung. *Götz-München.*

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Im Verein der Ärzte in Halle a. S. (*Münch. med. Wochenschr.* 1901. No. 8) besprach Ebbrth **Anatomisches und Ethnologisches über den Geschlechtsapparat des Mannes.** Er machte Mitteilungen über das Vorkommen von Drüsen im Präputialsack des Menschen und einiger höherer Säugetiere, über die Längsmuskelbündel, welche die Arterien der Schwellkörper begleiten, über die den Rankenarterien eigenen Längsmuskelzüge, die in Form von Wülsten in die Lichtung vorspringen, endlich über die wulst- und polsterartigen Verdickungen der Intima, die Ebner an den Arterien der Harnröhrenzwiebel und des Corpus cavernosum in der Nähe des Abgangs von Ästen gefunden hat. In ethnologischer Beziehung erwähnte Ebbrth verschiedene Gebräuche, wie den Schutz der Glans, die Abtragung der Vorhaut, die Spaltung der Harnröhre. Letztere wird von den Worki, einem Völkerstamm in Australien, ausgeführt, um einer Übervölkerung der unfruchtbaren Gegenden vorzubeugen. Zum Schlusse besprach Ebbrth noch kurz die Wirkung der Spätkastration auf die sekundären Sexualmerkmale, die Psyche und die Gesundheit überhaupt.

Götz-München.

Rückblick und Aussichten in der Chirurgie der Harngenitalwege, von Regin. Harrison-London. (*Med. News.* 1901. No. 12.) Wie der Titel besagt, faſst hier H. kurz die Erfolge zusammen, die uns auf dem Gebiete der Harngenitalchirurgie das vergangene Jahrhundert gebracht hat; für die wichtigste Erfindung dieser Art hält er die Methode von Bigelow, Steine innerhalb der Blase zu zerbrechen und in derselben Sitzung die Trümmer desselben auszuwaschen. Bigelows Erfindung brachte sodann mehr Licht in die Ätiologie der Blasensteine, besonders den bezüglichen Einfluſs der Prostatahypertrophie. Bei der letzteren unterscheidet H. mehrere Arten, welche auch verschiedene Behandlungsart erheischen; die erste Form ist die einfach vergröſserte Drüse mit Erhabenheiten nach aufwärts und rückwärts in die Blase, die Heilung erfolgt hier meist durch Kastration, Vasektomie oder auch die Bottinische Operation. Die zweite Form ist durch die in der Blase liegenden Steine verursacht, ein Stück vorgedrängten Prostatagewebes oder der Mittellappen hindert den Abfluſs des Urins und muſs daher reseciert werden, weshalb hier all' die anderen Mittel nichts helfen. Bei der dritten Varietät liegen in Mitte der vergröſserten Prostata harte Drüsentumoren, wirkliche Adenomie; das einzige Mittel ist hier Ausschälung und Entfernung der Geschwulstmassen; Kastration, Vasektomie und Bottinis Operation wären auch in diesen Fällen zwecklos. Was also gegenwärtig vor allem nötig wäre, das ist nicht der Streit, welche dieser Operationen am besten wirke, sondern eine exakte Stellung der Diagnose, welche Form von Hypertrophie vorliegt, und der daraus resultierenden Anzeige für die entsprechende Operation. Bezüglich der Nierenchirurgie hebt Verfasser hervor, was gegen die Nierensteine, Neubildungen, Erweiterung (infolge Eiter- und Harnstauung), gegen die Wanderniere und andere schmerzhafte Affektionen dieses Organs im vergangenen Jahrhundert geschehen ist, und fügte als weitere sehr wichtige Indikationsstellung für operatives Eingreifen (Laparatomie und Punktion der Nierenkapsel) die erhöhte Spannung in den Nieren und deren Folgen, wie Kongestion und Entzündung, Zustände, welche H. oft für ge-

fährlicher und weiter reichend in ihren lokalen Folgen hält als die schon erwähnten rein chirurgischen Krankheiten. Die Frage, ob diese Art Nierenglaukom ein Vorläufer der chronischen Nephritis ist und wann die Explorationslaparatomie und Punktion der Kapsel nötig ist, läfst jedoch H. noch offen und schliefst mit der Ansicht, dafs noch vieles zu thun übrig bleibt sowohl in der Nieren- wie in der übrigen Chirurgie der Harnwege. *Stern-München.*

Zwei Fälle von urogenitaler Colibacillose, von KARO. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1901. No. 15.) Verfasser hat an JADASSOHNS Klinik zwei Fälle beobachtet, die als Erreger der Erkrankung das Bacterium coli aufwiesen. In beiden ist die Eingangspforte vielleicht in einem heftigen Darmkatarrh zu suchen, an den sich eine Cystitis mit nachfolgender Prostatitis und Orchoepididymitis anschlofs. Der erste Fall verlief sehr stürmisch, der Hoden vereiterte und mufste operativ entfernt werden, es kam zu sehr ernsten Störungen des Allgemeinbefindens, wahrscheinlich durch Toxinresorption. *F. Hahn-Bremen.*

Einige Krankheiten des Urogenitalapparates und ihre elektrische Behandlung, von W. H. WALLING. (*Internat. Magas.* Febr. 1901.) Die Arbeit beschränkt sich im wesentlichen auf kurze Angabe über die Methodik der Anwendung des elektrischen Stromes bei Urogenitalleiden. Verfasser bedient sich des galvanischen und faradischen Stromes, sowie der statischen Elektricität bei den Zuständen sexueller Schwäche, der Impotenz und der Spermatorrhoe. Absolut sicher, schmerzlos und wirksam ist die Behandlung der Varicocele mittels gabelförmiger Elektrode. Ähnlich unfehlbar ist die Wirkung der Elektrolyse bei Hydrocele, sowie bei Harnröhrenverengerungen. Durch Einführung isolierter Bougies behandelt Verfasser alle Formen der Entzündungen der Urethra, die Prostatahypertrophie, die Blennorrhoe, unter Benutzung teils der elektrolytischen, teils der kataphorischen Wirkungen des galvanischen Stromes. Injektionen von Zinksulfat oder Silbernitrat wendet Verfasser wie bei Blennorrhoe an. Auch der Primäraffekt und die gummösen Produkte der Syphilis, die Verfasser im übrigen nie mit Quecksilber, sondern mit Goldtribromid behandelt, sind geeignete Objekte für die Galvanotherapie. *A. Loewald-Cassel.*

Ein neuer Beitrag zur Formalindesinfektion, speziell in der Urologie, von RICHARD LOEB-Köln. (*Münch. med. Wochenschr.* 1901. No. 5.) Die eingehenden bakteriologischen Untersuchungen des Verfassers beweisen, dafs gasförmiges Formalin das am raschesten und vollständigsten wirkende Desinfektionsmittel für Instrumente überhaupt und speziell für Harnröhren- und Ureterenkatheter ist; dasselbe bewirkt unter gewissen Voraussetzungen auch bei mäfsig starker Schichtenbildung von Bakterien Desinfektion ohne vorhergehende mechanische Reinigung. Apparate zur Desinfektion überhaupt, insbesondere zur Desinfektion von Ureterenkatheter mit Formalin sind bei W. A. HIRSCHMANN in Arbeit gegeben; die Beschreibung der Apparate wird später erfolgen. Als Aufbewahrungs- und gleichzeitiges Gleitmittel für Katheter, die mit Formalin desinfiziert sind, empfiehlt sich folgende Lösung: Tragakantschleim 1 : 100, Glycerin 10,0, Hydrarg. oxycyan. 0,1. *Götz-München.*

Zur Sterilisation der weichen Katheter, von MANKIEWICZ. (*Berlin. klin. Wochenschr.* XXXVIII. No. 8.) In der Berliner medizinischen Gesellschaft empfiehlt M. warm die von KÜMMELL veröffentlichte Desinfizierung elastischer Katheter durch 5 Minuten langes Kochen in einer wässerigen Lösung von Ammonium sulfuricum 3 : 5, wobei schon nach 2 Minuten alle Bakterien und Kokken abgestorben sind. Der

Lack der Katheter wird dabei nicht angegriffen, wie überhaupt die Katheter bei diesem Verfahren nicht leiden. (Referent kann sich dieser Empfehlung nach eigener Erfahrung nur anschliefsen.) *Bernhard Schulze-Kiel.*

Sterilisation elastischer Katheter, von L. Wolff. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1901. No. 15.) Verfasser wendet sich gegen Kümmell, der die von Wolff angegebene Kathetersterilisationsmethode verworfen hatte, weil durch dieselbe die Lackschicht des Katheters verletzt werde. Wolff sterilisiert seine Katheter in einer Lösung von 1 g Sublimat in 500 g Wasser und 500 g Glycerin. Die Katheter vertragen das Auskochen in dieser Lösung (2—3 Minuten lang) und vor allem eignet sie sich sehr zum Kaltsterilisieren, indem die Katheter, die darin aufbewahrt werden, nach 6 Stunden steril sind; zugleich werden sie in der Lösung konserviert und gut schlüpfrig gemacht. Die Lösung reizt die Schleimhäute nicht. *F. Hahn-Bremen.*

Die Vorteile der Circumcision. (*La Semana medica.* 1900. No. 50, nach *The Polyclinic.* Sept. 1900.) Blizzard Curbruy erblickt in dem Präputium ein so unnützes, ja schädliches Anhängsel, dafs er die Beschneidung allgemein eingeführt wissen möchte. Das Präputium verhindert nämlich eine gründliche Reinigung der Glans, führt zu Paraphimose, reizt zur Masturbation und verursacht alle möglichen reflektorischen Reizzustände (Störungen von Seiten des Nervensystems). Bei jüngeren Individuen wird es zum Sitze von Seborrhoe, Balanitis, Herpes, bei älteren von Carcinom. Weitaus am gefährlichsten wird es aber durch die Verbreitung des syphilitischen Virus und dieser Umstand bildet für den Verfasser die hauptsächlichste Indikation zur Verallgemeinerung der Circumcision. Den einzigen Vorteil eines erhaltenen Präputiums erblickt Verfasser darin, dafs der Glans ihre hochgradige Empfindlichkeit erhalten wird, welcher Punkt für das sexuelle Leben in Frage käme. *C. Müller-Genf.*

Vier Fälle von sogenannter „plastischer Induration" der Corpora cavernosa penis nebst Berücksichtigung der übrigen im Corpus cavernosum penis vorkommenden Verhärtungen, von Otto Sachs. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1901. No. 5.) Indurationen des Penis mit bekannter Genese sind vielfach beobachtet. Ursächliche Momente sind: Blennorrhoe, Ulcus molle der Urethra, Syphilis (als primäre und tertiäre Affekte), Traumen, excessiver Geschlechtsverkehr (infolge von Blutextravasaten). Solche Indurationen können auch durch Verkalkung zu knochenharten Platten werden. — Manche Indurationen werden als lokale Manifestationen konstitutioneller Erkrankungen, wie Diabetes, Gicht, angesehen. Ziemlich auch treten Verhärtungen des Penis auf bei Typhen, Variola, Pyämie, Leukämie, Von 187 Fällen der Litteratur sind 17 (9%) durch Blennorrhoe, 22 (11,7%) durch Syphilis, 16 (8,5%) durch Trauma, 44 (23,5%) durch Diabetes und Gicht, 4 (2,1%) durch Rheumatismus bedingt. In 37 (19,7%) Fällen ist weder eine lokale noch eine allgemeine Ursache bekannt. Die ätiologisch unklaren Fälle sind von Nélaton als „Noeuds des corps caverneux", von anderen französischen Autoren als „Plaque indurée", von Ricord als „Ganglien", von Jurquet etc. als „plastische Indurationen" bezeichnet. Die vom Verfasser mitgeteilten vier Fälle zählen dieser Gruppe zu. In allen läfst die Anamnese im Stich, es ist kein Grund für die Induration zu finden. — Die Krankheit tritt meist im vorgeschrittenen Alter auf; die Induration betrifft nur die fibröse Hülle der Schwellkörper, nicht das kavernöse Gewebe. Die Verdickung geht aus von der Dorsalfläche, nahe der Mittellinie, ist ein- oder beiderseitig, hat Plattenform. Der Prädilektionssitz ist unterhalb der Symphyse auf dem Rücken des Penis. Die Verhärtungen treten besonders beim erigierten Penis wahrnehmbar auf, sie bewirken funktionelle Störungen durch mangelhafte Erektion und Gestaltveränderungen. Die

Albuginea der Schwellkörper verliert ihre Elasticität, giebt bei der durch die Erektion bedingten Volumszunahme nicht nach, es entsteht die Chorda venerea. — Die Harnentleerung ist nicht gestört. — Differentialdiagnostisch sind abzugrenzen neben den obengenannten Indurationen bekannten Ursprungs die periurethralen Infiltrate, die paraurethralen Infiltrate, Lymphangitiden, Neoplasmen. — Die Prognose ist insofern gut, als das Leiden die Lebensdauer nicht kürzt. Spontane Rückbildung kommt vor. Die Therapie leistet sehr wenig. Verfasser sah unter keiner Behandlung eine Besserung.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über ein Urethro-Kalibromanometer und dessen Anwendung, von Vajda. (*Wien. med. Wochenschr.* 1901. No. 2.) Die Bestimmung der Weite der Harnröhre durch Urethrometer und Dilatatoren leidet darunter, daſs die angewendete Kraft, der verwendete Druck nicht bestimmbar ist. Diesem Übelstande soll das neue Instrument abhelfen. Das Prinzip der Dehnung ist dasselbe wie beim Otisschen Urthrometer, im übrigen ist das Instrument ganz anders konstruiert. Die komplizierte Konstruktion möge im Original nachgelesen werden. Die mittels dieses Instrumentes erhobenen Befunde sind etwa folgende: Eine Pars prostatica bot nach einer kurz vorher entstandenen Blennorrhoe mit follikulärer Entzündung der Prostata einen erheblichen Widerstand, war wenig nachgiebig; bei 24 Charr. war schon 1,1 kg Druck; der Harndrang wurde groſs. — Dagegen betrug hinter einer Striktur der Urethra der Druck bei 24 Charr. nur 0,6 kg; die Harnröhre war eher zu nachgiebig. — Eine vier Monate vorher galvanokaustisch behandelte Pars prostatica erwies sich als sehr weit und nachgiebig, trotzdem aber bestand stets groſser Harndrang. — Sehr reizbar verhält sich gegenüber den Dehnungsversuchen die Pars membranacea. — Wo Krampf besteht, nimmt der Widerstand bei unmittelbar hintereinander folgenden Dehnungsversuchen direkt zu, was gegenüber der Striktur ein wichtiges Merkmal bedeutet. Wo Striktur neben abnormer Reizbarkeit vorhanden ist, muſs noch die urethroskopische Untersuchung zu Hülfe genommen werden. — Die Pars bulbosa leistet keinen erheblichen Widerstand, selbst in pathologischen Zuständen. — In der Pars cavernosa findet man nach blennorrhagischen Prozessen häufiger Zunahme als Abnahme des Widerstandes. Die Behandlung des kalibromanometrischen Ergebnisses ist hier am leichtesten, da besonders die Muskelwirkung fortfällt. — Auch zu therapeutischen Dehnungszwecken ist das Instrument verwertbar. — Verfasser führt aus, daſs es sich bei derartigen Meſsapparaten um dreierlei handelt: erstens aus den Druckgröſsen erschlieſsen zu können, ob eine Verengerung droht oder nicht; — zweitens den Druck bei den Dilatationen abstufen zu können; — drittens den relativen Druck, ausgelöst durch Krampfanschwellung, kontrollieren zu können. Allen drei Anforderungen genügt das Kalibromanometer.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Carcinom der Urethra; perineale Urethrostomie, von G. Gayet-Lyon. (*Lyon méd.* 1901. No. 14.) Bei einem 76jährigen, kräftigen, sehr wohlbeleibten Patienten, bei dem vor 1½ Jahren angeblich im Anschluſs an ein Trauma eine mehrere Tage andauernde Urethrorrhagie und vor vier Monaten eine rasch sich ausbreitende Schwellung des linken Oberschenkels aufgetreten war, konstatierte der Verfasser ein starkes Ödem der ganzen linken Unterextremität und des Stratums; der Penis war vollständig verschwunden, man sah nur eine enge Hautspalte, aus der permanent Urin tropfenweise aussickerte. Bei der Untersuchung mittels Spekulums fand sich ca. 10 cm hinter dieser Hautspalte eine blaſsrote, wuchernde Masse, welche nur die carcinomatös degenerierte Glans sein konnte. Da eine Radikaloperation unmöglich war, wurde, um womöglich das überaus lästige Harnträufeln zu beseitigen, die perineale Urethrostomie gemacht. Der Erfolg war ein sehr guter, das perineale

Orificium der Urethra funktionierte vorzüglich. Nach 14 Tagen ging der Kranke an allgemeiner Erschöpfung zu Grunde. Bei der Sektion fand sich ein Carcinom des vordersten Teils der Harnröhre, bezw. der Glans und starke, die Vena iliaca externa komprimierende Drüsenschwellungen der Fossa iliaca, aufserdem Krebsmetastasie in der Blase, im Darm und in der Milz. — Eine Urethorrhagie ist oft das erste und einzige klinisch wahrnehmbare Zeichen eines Carcinoms zu einer Zeit, wo dieses noch operabel ist. Auch in dem beschriebenen Falle war die Urethrorrhagie nach Ansicht des Verfassers schon ein Symptom der Krebsbildung. *Götz-München.*

Fremdkörper in der Urethra, von H. W. Cloucker-Ann Arbor, Mich. (*Med. News.* 16. Febr. 1901.) Zu den vielen bereits bekannten Mitteln, welche von Patienten als „Katheter" in die Urethra eingeführt wurden, fügt hier Verf. einen „Strohhalm" in der Länge von 7 Zoll, den Patient, ein 72jähriger, an Blasenstein leidender Mann, wegen Harnretention einführte, zu. Die Untersuchung ergab, dafs dieser Fremdkörper bis in die Blase reichte; Blut und Eiter nebst einer ziegelstaubartigen Masse entleerten sich aus der Harnröhre, der Urin ist dunkel, getrübt und enthält grofse Mengen Eiweifs und Eiter. Über den weiteren Verlauf des Falles wird nichts berichtet.
Stern-München.

Ein seltener Fremdkörper in der Harnröhre, von O. Schulze-Cottbus. (*Münch. med. Wochenschr.* 1901. No. 9.) Ein 50jähriger Mann, der seit längerer Zeit an einem von einer Erkrankung der Prostata herrührenden weifslichen Ausflufs litt, hatte sich, um den vermeintlichen Samenflufs zu verhüten, folgenden Apparat erdacht: In ein 9½ cm langes Stück eines dünnen Kautschukschlauches steckte er ein 2 cm langes, der Länge nach ausgehöhltes Bleistiftstück: die vordere erweiterte Öffnung des sogenannten Kanals wurde durch einen Holzstöpsel verschlossen. Diesen Apparat steckte der Mann so in die Urethra, dafs nur ein kleiner Teil des Bleistiftstückes aus der Harnröhrenmündung hervorragte; den Urin liefs er durch die Höhlung abfliefsen, nach dem Urinieren verschlofs er die Vorrichtung mit dem Holzstöpsel. Nachdem er den Apparat mehrere Wochen lang beständig getragen, verschwand eines Tages nach einer Urinentleerung das Bleistiftstück im Innern der Harnröhre. Daraufhin traten nach einigen Tagen Schmerzen, Erschwerung des Urinlassens, Verdickung der Harnröhre und Ödem der Vorhaut auf. Mit einer schmalen Polypenzange entfernte Schulze den Fremdkörper, wobei es zu einer leichten Blutung kam: der obere Rand des Bleistiftholzes war rauh geworden und hatte die geschwollene Schleimhaut wund gerieben, das Schleimhautgeschwür blutete bei der Extraktion. Die Folge war natürlich eine narbige Striktur. *Götz-München.*

Über die Bedeutung von Harnröhrenstrikturen bei der Behandlung der Blennorrhoe, von Ludwig Stein. (*Klin. therap. Wochenschr.* 1901. No. 15.) Eine Striktur der Harnröhre ruft in der Blase wie in dem retrostrikturalen Teil der Urethra starke Veränderungen hervor, unter denen diejenigen der Lacunae Morgagni besonders hervorzuheben sind. Es kommt hier zur Erweiterung, zum Katarrh, selbst zur Abscefsbildung. Tritt bei bestehender alter Striktur eine blennorrhoische Infektion hinzu, dann kann dieselbe die Ausbreitung der Blennorrhoe wallartig trennen. Die Injektionsflüssigkeiten oder eingeführte Sonden bringen die Gonokokken über dieses Hindernis aber oft hinweg, welche dann im retrostrikturalen Abschnitt der Harnröhre einen guten Nährboden finden. Die Symptome können dann sehr heftige sein und ein energisches Eingreifen erheischen, da durch Anschwellung der Abflufs von Sekret und Harn behindert sein kann. Die Dilatation der Striktur während des Bestehens der akuten Blennorrhoe ist dann indiziert. — Zu beachten sind auch die nicht seltenen

Stenosen des Orificium externum, welche die Heilung mancher Blennorrhoe verhindert. — Mitteilung einiger Fälle. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die chirurgische Behandlung der Harnröhrenstrikturen, von MARTENS. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1901. No. 4/5.) Es werden hier all' die Methoden beschrieben, welche aufser der chirurgischen Entfernung zur Behandlung der Harnröhrenstrikturen an der Klinik von KÖNIG (Charité) in Anwendung kommen. Zur Dilatation werden nur Metallsonden verwendet, anfangs feine und allmählich auf 24—26 steigend; die Dilatationsbehandlung mufs sehr lange fortgesetzt werden; die Patienten werden nur mit dicken Sonden zur Selbstbougierung entlassen. Länger wie 1—2 Minuten die Sonden liegen zu lassen — sog. Dauerdilatation —, hält KÖNIG für schädlich. Widerstehen die Strikturen hartnäckig der Dilatation, besteht Urinretention oder Urininfiltration (falsche Wege), oder sind die Strikturen mit Abscessen oder Fisteln verbunden, so ist in dringenden Fällen die Blasenpunktion ein sehr gutes Auskunftsmittel, dauernde Heilung kann jedoch nur die äufsere Urethrotomie bringen, während der, besonders in Frankreich geübte, innere Harnröhrenschnitt eine ziemlich gefährliche Operation zu nennen ist. Ist die Striktur nicht zu lang, dann reseziert man sie und näht nach KÖNIG die Enden der Harnröhre zusammen. Gleichzeitig mit der Strikturbehandlung mufs man für Heilung eventueller Komplikationen (Blasenentzündung, Resorption der Infiltrate und Narben — mit starken Metallsonden oder Spülungen, durch Sitzbäder, Massage, hydropathische Umschläge) Sorge tragen. Nach Resektion der Striktur sind, wie die 26jährige Statistik KÖNIGS lehrt, die Resultate am günstigsten. Von 180 Kranken, welche längere Zeit verfolgt werden konnten, sind 72 nach einer Reihe von Jahren geheilt oder scheinen so gut wie geheilt zu sein; im ganzen waren in dem erwähnten Zeitraume 205 Kranke mit Strikturen behandelt worden, davon starben 17, welche aber gröfstenteils schon aussichtslos (jauchige Cystitis, Nephropyelitis) zur Behandlung gekommen waren. Wenn man auch auf verschiedenen Wegen zum Ziele kommen kann, so müssen doch bei jeder Behandlung, so schliefst M., folgende drei Grundsätze gelten: Vermeidung jeglicher Gewalt bei der Dilatation, schnelle Sorge für freien Urinabflufs und langdauernde Nachbehandlung; letzteres, von ganz besonderer Wichtigkeit für die Dauerheilung, scheitert leider meist an der Unvernunft der Patienten. *Stern-München.*

Über Harnröhrenstriktur, von RIBMER. (*Orvosi Hetilap.* 1901. No. 1—4.) Verfasser erörtert den diagnostischen Wert der zur Bestimmung der Striktur dienenden Methoden und Instrumente auf Grund seiner vergleichenden Messungen und kommt zu folgenden Resultaten: 1. Zur Konstatierung einer ausgesprochenen Striktur ist das cylindrische Instrument wohl geeignet. Man erhält aber damit ein unvollständiges Bild von dem Zustande der verengten Harnröhre, indem dasselbe die im proximalen Teile situierten weiteren Ringe in der Regel nicht signalisiert. 2. Die Knopfsonde ist ein aufserordentlich geeignetes Instrument zur Eruierung der strikturalen Veränderungen; mit derselben erhalten wir ein klares Bild von dem Zustande der Harnröhre. Mit derselben können aufgefunden werden die proximal liegenden weiteren Ringe, dadurch kann genau eruiert werden die Anzahl der verengten Stellen, deren Lage, Länge und Kaliber. Nur zur Bestimmung der Rigidität resp. Elasticität der Harnröhre müssen wir zu den cylindrischen Instrumenten rekurrieren, und zwar zu den elastischen konischen Bougies, in den seltenen Fällen des einfachen Spasmus zu den cylindrischen Metallsonden. 3. Zur Erkennung der beginnenden Striktur ist das cylindrische Instrument vollkommen ungeeignet. Hingegen die Knopfsonde (besonders die über 22 Ch.) erweist sich als ein sensibles Instrument. Mit derselben können wir bereits die Striktur im Anfangsstadium der bindegewebigen Schrumpfung fühlen, selbst

in den Fällen, wo der strikturierende Ring um vieles weiter ist als der Durchmesser des Knopfes. 4. Mit dem Urethrometer ist schwer ein Resultat zu erzielen, dort, wo die Gewebsveränderungen vorgeschrittener sind, ist derselbe unnötig, hingegen wo dieselben minimal sind, ist man nicht im stande zu entscheiden, ob der auf cirkumskripten Stellen entstandene Elasticitätsverlust infolge schrumpfenden Bindegewebes oder infolge einer entzündlichen Infiltration verursacht ist. 5. Der Überhang des entzündlichen Infiltrates in das strikturierende Bindegewebe, die Ausbreitung des noch nicht geschrumpften entzündlichen Infiltrates, die im hinteren Teile sich hinzugesellenden Entzündungserscheinungen können am besten mit dem Harnröhrenspiegel konstatiert werden. Bezüglich der Behandlung der Harnröhrenstrikturen hält er die langsame Erweiterung am zweckmäfsigsten, und zwar soll dieselbe so weit als möglich effektuiert werden. *A. Alpár-Alexandria.*

Die Urethrotomia interna bei der Behandluug der Strikturen, von Alfred Hock. (*Prag. med. Wochenschr.* 1901. No. 13.) Die Furcht vor der Urethrotomia interna ist nicht berechtigt; die schweren Zufälle, Blutungen, Harninfiltration, kommen nur sehr sehr selten vor. Man operiert jetzt meistens mit dem Urethrotom von Maisonneuve; Verfasser schildert die einfache Technik: Leitbougie, Einführung einer gezinnten Metallsonde, Schnitt an der oberen Harnröhrenwand mit dreieckigem, an der Spitze stumpfen Messer, kleine Incision, Einlegen eines nicht zu starken Katheters; antiseptisches Vorgehen. Was die Resultate betrifft, so konnte Desnos von 78 Fällen 67 weiter verfolgen. Von diesen blieben 64 nach einer Beobachtungszeit von fünf Jahren dilatierbar resp. behielten eine weite Harnröhre. Indiziert ist die Urethrotomia interna: 1. Überall, wo eine schnelle Erweiterung der verengten Harnröhre bei Retentionscystitis, Stein etc. nötig ist; 2. wo eine reizbare Striktur eine schnelle Behandlung erheischt; 3. bei sogenannten resilienten Strikturen, d. h. solchen, die sich nur bis zu einem gewissen Grade dilatieren lassen, darüber hinaus aber nicht; 4. bei sehr kallösen Strikturen. Wo die Dilatationsbehandlung zum Ziele führt, wo ein Leitbougie nicht durchführbar ist, ist die Operation kontraindiziert.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Nachbehandlung der Urethrotomia externa perinealis, von J. D. Thomas. (*Intern. med. Mag.* April 1901.) Verfasser verwirft jegliche Drainage in der Nachbehandlung der Urethrotomia externa. Er erweitert, um für einige Tage Urinierkontinenz zu erzielen, mit dem Finger oder mit einem Dilatator die Blase und wäscht Blase und Urethra mit einer antiseptischen Lösung gründlich aus. Dann führt er eine dicke Sonde durch die Harnröhre bis in die Blase ein, was sich nur nach vollständiger Durchtrennung der strikturierten Partien bewerkstelligen läfst. Während der ganzen Nachbehandlung kommen keine Dauerkatheter und keine Verbände zur Anwendung. Die äufsere Wunde wird drei- bis viermal täglich mit Sublimat (1:4000) bespült, die Urethra mit Borlösung injiziert. Am Tage nach der Operation wird wieder die dicke Sonde eingeführt und von da ab jeden dritten oder vierten Tag bis zur Heilung, die in zwei bis drei Wochen erreicht wird. Durch die Anwendung dicker Sonden gleich nach der Operation schützt sich Verfasser gegen die Entstehung von Rezidiven. *A. Loewald-Cassel.*

Neue Untersuchungen über die Innervation der Blase, von M. v. Zeissl. (*Wien. med. Wochenschr.* 1901. No. 10.) Die Arbeiten von Rehfisch, Guyon, Stewart bewogen Verfasser, seine früher gemachten Untersuchungen über die Blaseninnervation wieder aufzunehmen. Speziell wollte er die Behauptung von Rehfisch, dafs nach Durchschneidung der Nervi hypogastrici der Blaseninhalt ausfliefst, nachprüfen. Bei

der geschilderten Versuchsanordnung konnte Verfasser diese Anschauung nicht bestätigen. Nach Durchtrennung genannter Nerven floſs kein Tropfen Harn aus der gefüllten Blase. Die Öffnung des Sphinkters ist nicht an die Erhaltung der Hypogastrici gebunden, wie Rehfisch meint, da die Reizung der Erigentes auch nach vorheriger Durchtrennung der Hypogastrici positiven Erfolg hat. Es kann vom Erigens aus Detrusorzusammenziehung und Sphinktererschlaffung hervorgerufen werden; letztere ist kein in den Bahnen der Hypogastrici sich abspielender Reflex. Mittels neuer Versuchsanordnung thut Verfasser dann dar, daſs die Eröffnung des Sphinkters ein selbständiger Akt, bedingt durch Erschlaffung desselben bei Erigensreizung, unabhängig von der Thätigkeit des Detrusor. Näheres im Original.

Jessner-Königsberg i. Pr.

In der Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux (*Journ. de méd. de Bordeaux.* 1901. No. 9) sprach Monié über einen Fall von **Strangbildung in der Blase.** Bei einer behufs Entfernung von Blasensteinen vorgenommenen Sectio alta fanden sich 22 erbsengroſse Uratsteine; auſserdem aber war die Blase durch einen Strang, der vom Blasenhals bis zur Mitte der die Uretermündungen verbindenden Linie zog, in zwei Teile geteilt. Der ungefähr 4 cm lange Strang bestand aus Bindegewebe und glatten Muskelfasern, bedeckt von gefäſsreichen Granulationen; in den letzteren fanden sich zahlreiche interstitielle Hämorrhagien, die Gefäſse enthielten polynukleäre Leukocyten in groſser Menge: es bestanden also die Erscheinungen einer chronischen vegetierenden Entzündung. *Götz-München.*

Zur Pathologie und Therapie der Narbenschrumpfblase, von Rothschild. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1901. No. 6 u. 7.) Das Fassungsvermögen der Blase ist abhängig von der Tension, der Empfindlichkeit gegen dieselbe und der Muskelkontraktilität. Tritt Entzündung ein, so steigert sich die Empfindlichkeit. Einer Verminderung der Kapazität begegnet man 1. bei schrumpfenden Prozessen, die durch Tuberkulose und Neubildung der Blase bedingt sind, 2. bei der Schrumpfblase im Gefolge von alten Prostata-, Harnröhren- oder Fistelleiden, 3. giebt es zahlreiche Fälle von fibröser Schrumpfblase, die ohne die angegebenen Komplikationen bestehen und als Endresultat einer abgelaufenen parenchymatösen Cystitis oder Pericystitis imponieren. Hier ist die Empfindlichkeit gegen Tension und Kontakt erheblich gesteigert, die Muskelkontraktilität wegen des Muskelschwundes versagend. Der Schrumpfungsprozeſs kann soweit gehen, daſs jegliche Lichtung in der Blase vernichtet ist. Interkurrente Cystitiden können dann den Sphincter externus, der meist erhalten ist, in seiner Funktion stören und Inkontinenz bewirken. Verfasser schildert die einschlägige Krankengeschichte mit rechtsseitiger vereiterter Wanderniere, deren Blase infolge häufiger Cystitiden fast total geschrumpft war und kaum 10 ccm faſste. Durch vorsichtige Dilatation lieſs sich das Lumen der Blase auf 50 ccm erweitern; nachdem die rechte Niere entfernt worden war, hielt dieser Zustand an, so daſs Patientin bis zu 60 ccm ohne Schmerzen halten und willkürlich entleeren konnte und sich auch sonst ziemlich wohl fühlte. Von Interesse ist bei dieser Krankengeschichte, daſs Verfasser entgegen dem Rate Guyons, trotz der noch nicht abgelaufenen entzündlichen Erscheinungen, Dehnungsversuche machte, und zwar, wie der Ausgang lehrte, mit gutem Erfolge. Verfasser beschreibt die von ihm vorgenommene Methode der mechanischen Dilatation. Er motiviert seine abweichende Behandlungsart mit dem schlechten Zustand der Patientin, auch quoad vitam, die vollständig arbeitsunfähig war, so daſs schon eine energische, wenn auch eventuell gefährliche Behandlung am Platze war.

F. Hahn-Bremen.

Chronische Cystitis, von Marsch-Nord-Carolina. (*Mercks Archives.* Juli 1900.) Verfasser bespricht eingehend die Symptomatologie und Ätiologie der chronischen Cystitis, ferner deren Behandlung, bei der er namentlich den Wert der örtlichen hervorhebt. Er bezeichnet diese als die rationellste und wissenschaftlichste und führt zum Schlufs einen sehr lehrreichen Fall von chronischer Cystitis bei einem 59jährigen Herrn an, der als Knabe eine traumatische Striktur sich zuzog und von seinem schweren chronischen Katarrh, der trotz aller Behandlung, äufserer Urethrotomie, Spülungen mit Silberlösungen u. s. w. nicht sich besserte, schliefslich mit zweimal täglich vorgenommenen Spülungen mit Karbolsäurelösung 1:500 bis 1:250 wenn auch nicht vollständig geheilt, so doch soweit wieder hergestellt wurde, dafs er wieder seiner Thätigkeit nachgehen konnte. Verfasser bezeichnet die Behandlung mit Karbolsäurespülungen als eine sehr milde und oft sehr wirksame.

A. Strauſs-Barmen.

Cystitis tuberculosa, von Guyon. (*Journ. de Méd. et de Chir.* 1900. No. 17.) Die Frage ob die Hämorrhagien ein charakteristisches Merkmal besonderer Formen von Cystitis seien, beantwortet G. negativ. Dieselben kommen vielmehr bei allen intensiven und lange dauerden Blasenentzündungen vor. Sie zeigen sich deshalb auch bei der blennorrhoischen Cystitis bei der sie rasch verschwinden, sobald infolge der Behandlung die intensiven Entzündungserscheinungen abnehmen. Die Hämaturie steht im Verhältnis zum Grade der Kongestion, welche die schmerzhaften und akuten Cystitiden begleitet. Bei der tuberkulösen Cystitis sind keineswegs die Ulcerationen die Ursache der Blasenblutungen, da die ulceriertesten Formen gerade diejenigen sind, welche am seltensten mit Blutungen verbunden sind. *C. Müller-Genf.*

Die moderne Therapie der Cystitis, von Karl v. Hofmann. (Franz Deuticke, Leipzig und Wien 1901.) In dem kleinen Büchlein finden sich die wichtigsten bei Cystitis üblichen Behandlungsmethoden zusammengestellt und besprochen; insbesondere werden alle zur lokalen und internen Therapie der Cystitis empfohlenen und gebräuchlichen Medikamente angeführt und zum gröfsten Teile auf Grund der persönlichen Erfahrungen des Autors kritisch gewürdigt. Den Schlufs bildet eine Zusammenstellung aller seit 1890 über die Behandlung der Cystitis erschienen Arbeiten. Wenn auch das kleine Werk im wesentlichen nichts neues bringt, so wird es doch Dank seiner Vollständigkeit und seiner anspruchslosen, knappen Form dem praktischen Arzte ein wohl brauchbarer und willkommener Ratgeber sein. *Götz-München.*

Die intravesikalen Zeichen von perivesikalen Entzündungsprozessen beim Weibe, von Fr. Bierhoff-New York. (*Med. News.* 9. März 1901). B. untersuchte in der Poliklinik von R. Knorr (Berlin) 443 Frauen, bei welchen die Anamnese frühere Para-, Perimetritis und alte Verlagerungen ergab; in 244 Fällen wurden Blasenstörungen konstatiert, wovon die Mehrzahl auch perivesikale Erscheinungen aufwies. In den Fällen von wirklicher Entzündung um die Blase herum war das intravesikale, cystoskopische Bild ein verschiedenes, je nachdem die Entzündung der Beckenorgane frischen Datums oder alt war, und ob sie die Blasenwand selbst oder nur das anliegende Gewebe ergriffen hat. Bei frischer Entzündung greift das Exsudat in mehr oder weniger hohem Mafse auf die Blase über, deren Ausdehnbarkeit entsprechend vermindert ist. In chronischen Fällen, wo Verlagerung der Geschlechtsorgane die Regel ist, besteht gleichzeitig eine Distorsion der Blase, das charakteristischste Bild sind jedoch in diesen Fällen scharfe, narbenähnliche Gebilde an Teilen der Blasenwand, welche in mehr oder weniger grofser Ausdehnung sich über die umgebende Wand erheben, eine gelblichweifse Farbe und die Tendenz zur Fransenbildung an ihren Enden haben; die gewöhn-

lich befallenen Teile sind die unteren seitlichen und die oberen hinteren Gegenden der Blase. Zu unterscheiden ist dieser Zustand von der sogenannten vessie à colonnes der Franzosen und den Kontraktionen der Muskelschicht der Blase. Die beigegebenen cystoskopischen Bilder machen erst diese Unterscheidung verständlich. Die Behandlung dieser pericystitischen Gebilde besteht natürlich in erster Linie in der des Grundleidens (bei akuten Fällen), und dann in dem Bestreben, das entzündliche Exsudat zur Resorption zu bringen; später respektive in chronischen Fällen kommt dazu noch die allmähliche Dehnung der Blase. Dieselbe wird so ausgeführt, dafs täglich zunehmende Mengen Bor- oder gekochten Wassers in die Blase injiziert werden, bis nach einer gewissen Zeit, die je nach dem Grade der Affektion eine verschiedene ist, die Blase im Stande ist, das normale Quantum von Flüssigkeit aufzunehmen. Auf diese Weise soll es gelingen, vollständig jeden Reizzustand der Blase zu beseitigen und zuweilen auch die von B. beschriebenen Gebilde zum Verschwinden zu bringen.

Stern-München.

Resultate, welche aus der Heilung chronischer Defekte der Blasenfunktion hervorgehen, von Eugen Fuller-New York. (*St. Louis Courier.* 1901 No. 3.) Unter Anführung dreier Fälle, wovon zwei hochgradige Striktur und einer Blasensteine mit Prostatahypertrophie betraf, soll dieser Aufsatz die Thatsache illustrieren, dafs nach der chirurgischen Entfernung gewisser pathologischer Zustände wie Harnröhrenstriktur, senile Prostatahypertrophie, Steine, Tumoren die Natur an sich die Tendenz zeigt, die aus diesen Zuständen hervorgegangenen pathologischen Veränderungen zu reparieren. Dahin gehören besonders das Verschwinden von Blasenentzündungen, von chronischen Nierenentzündungen nach der Excision hochgradiger Strikturen, nach der Entfernung von Steinen u. s. w. *Stern-München.*

Das infiltrierte Carcinom der Harnblase, von Josef Englisch. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1901. No. 10.) Trotz gegenseitiger Behauptung von Klebs giebt es doch ein primäres Blasencarcinom, wenn es auch selten ist. Am seltensten ist aber jedenfalls das umschriebene und diffuse, infiltrierte Carcinom der Blase, welches die Blasenwand durchsetzt, verdickt, ohne dafs auf der Schleimhaut nennenswerte carcinomatöse Wucherungen vorhanden waren. Die durch die Neubilduug bedingten Störungen hängen natürlich von der Ausdehnung derselben ab. Manuell oder noch besser bimanuell kann man oft die Blasenwand als derbe Platte fühlen. Bei diffuser neoplastischer Jnfiltration fühlt man eine gefüllt erscheinende Blase von auffallend harter Konsistenz. Das ballonartige Anfühlen der Geschwulst bei gleichmäfsiger Oberfläche und auffallender Härte sind besonders charakteristische Zeichen. Wichtig für die Diagnose ist das Verhalten nach dem Katheterismus. Die Geschwulst wird durch denselben nicht nennenswert kleiner. Die funktionellen Störungen sind dieselben wie bei der einfachen Hypertrophie der Blase: häufiger, sehr schmerzhafter Harndrang. Schmerz besteht auch unabhängig von den Entleerungen des Harns und der Füllung der Blase. Verweilkatheter lindert nur im Anfange und wird nur kurze Zeit vertragen. Lymphdrüsenschwellungen sind besonders in der Umgebung der vena iliaca externa zu suchen. Der Harn anfangs normal, wird mit der Zeit eiter- und bluthaltig. Der Prozefs kann auf die Blasenschleimhaut und auf die Blasenumgebung übergreifen. Der Verlauf ist ein langsamer. Den tötlichen Ausgang bewirken besonders sekundäre Zerstörungen höher gelegener Harnorgane. Diagnostisch mufs Hypertrophie der Blasenwand ausgeschlossen werden, sodann Phlegmone des Cavum Retzii, wenn das Cavum prävisicale und retrovesicale ergriffen sind. Schwer kann die Abgrenzung des Carcinoms der Prostata von demjenigen der Blase werden, wenn ersteres nach oben und letzteres nach unten gewuchert ist. Die Therapie kann nur in einer Exstirpation der Ge-

schwulst bestehen, was eine partielle oder totale Entfernung der Blase bedeutet. Eventuell schafft das Anlegen einer Blasenfistel etwas Linderung.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Fremdkörper in der Harnblase des Mannes, von Fritz Pendl. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1901. No. 6.) Bei einem zweijährigen Knaben, der blutigen Urin unter Schmerzen entleerte, ergab die Untersuchung Konkrementbildung in der Blase. Bei der Operation fand man einen Stein, der sich um das dicke Ende einer Nadel gebildet hatte. Wie diese Nadel in die Blase gelangt war, konnte nicht eruiert werden. Vielleicht war sie verschluckt worden. — Der zweite Fall betrifft einen 28jährigen Kutscher, in dessen Blase man viele inkrustierte Stücke von Paraffinstäbchen fand, die er wahrscheinlich sich selbst eingeführt hatte. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Fall von erfolgreicher Lithotomia lateralis bei einem kleinen Knaben wegen ungewöhnlich grofsen Blasensteins, von T. V. Jackson-Birmingham. (*Lancet.* 16. März 1901. No. 4046.) Bei dem 7jährigen Knaben wurde, nachdem ein Versuch, den Stein zu zertrümmern, mifsglückt war, der seitliche Steinschnitt mit bestem Erfolg (binnen 2 Minuten) ausgeführt. Der Stein wog 64 g. Geheilt entlassen am 23. Tage p. o. Verfasser erwähnt einzelne Fälle von Exitus letalis nach Lithotripsie bei sehr harten und grofsen Steinen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Subcutane Ruptur der Harnblase. Operative Heilung, von Th. Eisner. (*Prag. med. Wochenschr.* 1901. No. 8.) Ein Patient, der sich durch Sturz aus dem Fenster eine subcutane Blasenruptur zugezogen hatte, wurde trotz starker Sepsis operativ geheilt. Im Anschlufs an diese Mitteilung bespricht Verfasser die Pathologie der Blasenrupturen. Dieselben sitzen besonders oft an der hinteren Blasenwand, sind häufiger intra- als extraperitoneal. Der Rifs liegt meist vertikal. — Die Therapie erheischt die schnellste Vereinigung des Risses, eventuell unter Vorausschickung der Sectio alta mit Eröffnung der Blase. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über intraperitoneale Blasenruptur, von Krabbel. (*Wien. klin. Rundsch.* 1901. No. 13.) Traumatische Blasenrupturen sind häufiger intraperitoneale als extraperitoneale. Festzustellen ist der Sitz der Ruptur oft sehr schwer. Die Untersuchung vom Mastdarm giebt oft Aufschlufs. Sehr wichtig ist in den ersten Stunden als diagnostischer Anhalt die bei intraperitonealer Ruptur stets vorhandene tetanische Spannung der Buchdecken. Percutorischer Schachtelton über der Symphyse soll für extraperitonealen Sitz des Risses sprechen. Im weiteren Verlaufe wird bei intraperitonealer Ruptur die Peritonitis, bei extraperitonealer die Phlegmone des Beckenbodengewebes die Diagnose erhärten, wenn nicht beide Folgezustände zusammen auftreten. — In jedem Falle wird man bei sichergestellter Blasenruptur chirurgisch möglichst schnell eingreifen. Ohne Operation sind die Patienten mit intraperitonealer Ruptur fast stets, die mit extraperitonealer sehr oft verloren. Wo irgend möglich, wird man den Rifs durch die Naht schliefsen. — Mitteilung weiterer Fälle,

Jessner-Königsberg i. Pr.

Geschichte der Samenkörperchen, von P. E. Launois. (*Presse méd.* 1901. No. 14.) Den ersten Hinweis auf Lebewesen befruchtender Art im Samen scheint 1623 Louis du Gardin in Douai gegeben zu haben, doch war der Holländer Louis Ham der erste (1677), der mittels des Mikroskopes Fäden im menschlichen Samen entdeckte, die er für lebende Tierchen hielt. Seine Entdeckung wollte er sofort dem grofsen Leeuwenhoek in Delft mitteilen, der auch in seinen Werken von diesem Besuche Hams spricht. Der Meister bestätigte den Befund, untersuchte den Samen

aller möglichen Tiere und beschrieb die Spermatozoen ziemlich exakt. Nur wollte er männliche und weibliche unterschieden haben. Nach neueren Forschungen ist es HARTSOEKER gewesen, der zuerst (1674) die erwähnte Entdeckung machte. Die Gestalt der Spermatozoen und besonders ihre Fäden wurden nun in jeder möglichen Weise gedeutet. So sollte das Samenkörperchen schon in der Anlage dem künftigen Wesen entsprechen, im Schwanz sei ein Strang enthalten, der dem späteren Nabelstrang entspräche. DALEMPATIUS wollte einen richtigen Homunculus mit Kopf, Rumpf und vier Extremitäten gesehen haben. LINNÉ hielt die Samenkörperchen für inerte Gebilde, denen die Wärme die Fähigkeit verleiht, in der sie enthaltenden Flüssigkeit herumzuschwimmen. NEEDHAM glaubte, dafs sie sich erst bei der Berührung der Samenflüssigkeit mit der Luft bildeten. Sehr exakt und richtig beobachtete ferner SPALLANZANI die Spermatozoen, während sie Baron VON GLEICHEN (1778) für Infusorien erklärt aus der Klasse Cercaria Mülleri. Bei manchen Beobachtern liefs die Phantasie wahre Wunderwesen aus den armen Samenkörperchen entstehen. VALENTIN beschreibt beim Spermatozoen des Bären eine vordere Saugöffnung, After, Samenbläschen und Darm. Auch SCHWANN und POUCHET täuschen sich in ähnlicher Weise, was um so unverständlicher ist, als schon 1824 PRÉVOST und DUMAS in Genf ganz befriedigende und exakte Veröffentlichungen über die Spermatozoen und ihre Lebekraft geliefert hatten. An Bezeichnungen hatten die letzteren folgende Wandlung durchgemacht: Animalculi seminis, Vermiculi minutissimi, Animalcules spermatiques, Zoospermes, Filament spermatiques, Spermatozoaires; 1851 durch DUVERNOY Spermatozoïdes. Seit 1840 bestand nirgends mehr ein Zweifel über ihr Wesen, wohl aber noch über ihre Entstehung. Nachdem 1835 PELTIER der Entdeckung sehr nahe gekommen war, wies R. WAGNER 1839 die Spermatozoen in den Hoden einiger Vogelarten nach, DUJARDIN sprach sie zuerst als Gebilde, abstammend von der inneren Lage der Samenkanälchen, an. Letztere Lehre wurde von KÖLLICKER, ROBIN, LEUCKART, ANKERMANN, FUNKE, HENLE und SERTOLI weiter ausgebaut. Die moderne Forschung über die Genese der Spermatozoen beginnt mit LAVALETTE SAINT-GEORGES (1871—75) und weist neben BALBIANI, MATHIAS-DUVAL, CADIAT, VALENTIN-PFLÜGER Namen wie LENHOSSEK und PRENANT auf. *Hopf-Dresden.*

Beitrag zum Studium der pathologischen Anatomie der Samenbläschen, von ROBERT DUHOT. (*Annal. policl. centrale Bruxelles.* 1901. No. 2.) Nach einleitenden embryologischen Betrachtungen und einer kurzen Rekapitulation der deskriptiven Anatomie der Samenblasen bringt der Verfasser eine Anzahl von Autopsieberichten und kommt zu folgenden Schlüssen: Die Spermatocystitis in ihrer akuten wie chronischen Form ist viel häufiger zu beobachten als man allgemein glaubt. Der Tripper ist keineswegs hierbei das einzige kausale Moment, sondern alle Eitererreger können Entzündungen der Samenblasen hervorrufen. Die chronische Form besteht häufig teils als Folge einer chronischen Blennorrhoe, teils als Folge von wiederholten Entzündungen benachbarter Organe. Die durch die entzündlichen Vorgänge erzeugten Veränderungen sind zahlreiche und schwere, sie können den Samen alterieren, die Spermatozoen töten und somit Sterilität erzeugen. *Hopf-Dresden.*

Über CHARCOT-LEYDENsche Krystalle und Spermakrystalle, von B. LEWI. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1901. No. 33.) Die Spermakrystalle gehören dem monoklinen Krystallsysteme an, das heifst, einem System, bei welchem sich zwei Achsen unter schiefem Winkel schneiden, während die dritte Achse auf ihnen beiden rechtwinkelig ist. Charakteristisch für die Spermakrystalle ist, dafs die Kanten geschwungen sind und dafs die Krystalle immer deutlich vierkantig sind, sie sind sehr

stark doppelbrechend und lassen sich aus dem menschlichen Samen sehr leicht gewinnen, doch ist es noch nicht erwiesen, aus welchem Bestandteile des Samens sie entstehen. Die CHARCOT-LEYDENschen Krystalle hingegen sind hexagonal, sie sind nur schwach doppelbrechend, sie härten sich nicht charakteristisch mit Jod, was die Spermakrystalle thun. Man findet sie bei Leukämie, im asthmatischen Sputum, im Sputum bei fibrinöser Bronchitis, im Auswurfe von Phthisikern, im Darminhalt bei Erkrankung an Eingeweidewürmern, in Nasenpolypen und in Schleimhautwucherungen der Nase. Auch in Carcinomen, Sarkomen, Blutgerinnsel sind sie gefunden worden, und zwar stets im Zusammenhange mit eosinophilen Zellen. Trotz aller scheinbaren Ähnlichkeit in der Krystallform ergiebt sich schon bei den einfachsten Untersuchungsmethoden die Verschiedenheit beider Krystallarten. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Zur Therapie der Impotentia virilis, von J. ZABLUDOWSKI. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1901. No. 33.) Z. empfiehlt vor allem die systematische Massage bestimmter Partien der Genitalgegend unter darauf folgender Ausdehnung der Manipulationen auf bald größere, bald kleinere Partien des ganzen Körpers. Daneben empfehlen sich je nach der Indikation andere bekannte Methoden (Prostatamassage, Erschütterungen, Kühlsonden, Verbot des Coitus interruptus, Veränderung der Lagerstätte u. s. w.). *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über die Wirkung des Alkaloids Johimbin auf den tierischen Organismus und über seine Bedeutung für die Behandlung der Impotenz, von KRAWKOFF. (*Wratsch.* 1901. S. 321 u. 355.) Auf Grund sehr genauer Untersuchungen an Tieren und auch an Menschen kam Verfasser zur Überzeugung, daſs das Johimbin in der Dosis von 0,005, 3mal täglich genommen, nicht ganz ungefährlich ist und andererseits nicht als ein Aphrodisiacum angesehen werden kann.

A. Jordan-Moskau.

In der Société et de Physiologie de Bordeaux (*Journ. de méd. de Bordeaux.* 1901. No. 8) sprachen FRAIKIN und L. ROCHER über einen Fall von **voluminösem Lipom des Samenstrangs.** Es handelte sich um einen 53jährigen, sonst gesunden Mann, bei dem der linke Hoden stets gröſser als der rechte gewesen sein soll. Vor 5 Jahren begann der linke Hoden im Anschluſs an einen Fall anzuschwellen, und es entstand im Skrotum allmählich eine Geschwulst von enormer Gröſse: der gröſste vertikale Durchmesser betrug 45 cm, die gröſste Cirkumferenz 60 cm. Die Geschwulst begann mit einem breiten Stiel in der vorderen Fläche des Schambeins und setzte sich nach oben in einem harten Strang fort, der im Leistenkanal verlief. Die Oberfläche der Geschwulst war unregelmäſsig, ihre Konsistenz fest, die Haut über der Geschwulst heiſs; Schmerzempfindlichkeit bestand nur an einem Punkte der hinteren Fläche des Tumors. Der rechte Hoden war deutlich zu fühlen. — Die exstirpierte Geschwulst erwies sich als ein 4 kg 850 g schweres Lipom, das nach oben in den Samenstrang überging. Auf der hinteren Fläche des Tumors ungefähr in der Mitte lag unter einer Fettschicht der vollständig normale linke Hoden.

Götz-München.

Radikalbehandlung der Varicocele durch Resektion der Venen im Inguinalkanal, von CHENNISSE. (*Semaine méd.* Febr. 1900.) Das Verfahren ist von NARATH erfunden und besteht darin, daſs der Hauptast der Vena spermatica im Leistenkanal resecciert wird. Zu diesem Behufe wird ein 10 cm langer Schnitt oberhalb des POUPARTschen Bandes in der Richtung des Leistenkanals gemacht. Der Schnitt darf nach unten nicht über die Spina pubis reichen und nur Haut und oberflächliche Fascie durchtrennen. Sodann wird die Aponeurose des Obliquus durch-

trennt, die dilatierten Venen bloßgelegt, isoliert, so weit wie möglich nach oben freigemacht und schließlich nach doppelter Ligatur durchtrennt; sogleich verschwindet der centrale Stumpf in die Abdominalhöhle. Ebenso wird der periphere Abschnitt des Venenpacketes behandelt, so daß im ganzen ein mehrere Zentimeter langes Stück des Venenstranges reseziert wird. NARATH hat die Operation mit bestem Erfolge an 19 Patienten ausgeführt. *C. Müller-Genf.*

Klinik, Diagnostik, Therapeutik der Prostatitis bei und nach Blennorrhoe, von BERTHOLD GOLDBERG. (*Klin. therap. Wochenschr.* 1901. No. 5, 6, 7.) Nach Blennorrhoe kann die Prostata sich in vier Arten beteiligen: 1. Latente Prostatitis bei intermittierender, subakuter Urethritis anterior. 2. Latente (subjektive) Prostatitis bei hartnäckiger Urethritis totalis. 3. Subjektiv auffällige akute Prostatitis. 4. Chronische Prostatitis der Sexualneurastheniker. Die Charaktere der ersten Form sind: Beschränkung der blennorrhoischen Erkrankung auf die Pars anterior, außerordentliche Hartnäckigkeit der Urethritis, zuweilen längere Pausen anscheinender Heilung, dauernde Beseitigung des Prozesses nach Mitbehandlung der Prostata durch Kompression und Spülungen. Die subjektiv latente Prostatitis bei Totalblennorrhoe ist besonders durch letztere gekennzeichnet. Hartnäckigkeit und Heilung nach Mitbehandlung der Prostata zeichnen auch diese Form aus. Komplikationen aller Art können nach langem Bestande des Leidens hinzutreten. Oft muß man sich begnügen mit Beseitigung der Infektiosität und der Urethritis, während die Prostatitis bestehen bleibt. Die subjektiv auffällige akute Prostatitis umfaßt die Prostatitis parenchymatosa sive abscedens und die Urethroprostatitis acuta interstitialis diffusa totalis. Die Drüse ist groß, prallelastisch, sehr schmerzhaft. Die chronische Prostatitis mit urogenitaler Neurasthenie bietet vielerlei Symptome: a) urethrovesikale Symptome wie Ausfluß, Störungen der Harnentleerung verschiedenster Art; b) genitale Symptome. Die Diagnose aus objektiven Erscheinungen erfordert zunächst die Palpation der Prostata per rectum, wobei Veränderungen der Größe, Form und Konsistenz zu beachten sind. Wo diese fehlen, muß man das Sekret untersuchen, welches man durch Expression nach fast völliger Entleerung des Harns und eventueller Spülung gewinnt. Wässriges, milchig flockiges, dickeitriges, schlammig-sandiges, rötliches Aussehen, Gehalt an vielen Leukocyten spricht für Prostatitis. Ist kein Sekret ausgetreten, dann muß man den Rest des Blaseninhalts untersuchen, da dasselbe in die Blase getreten sein kann. Besteht Cystitis, dann ist natürlich eine gründliche Spülung der Blase vorauszuschicken. Verfasser geht kurz auf einige Erscheinungen der Prostaerkrankungen ein, um dann sich der Therapie zuzuwenden. Bei Urethritis anterior prostatica beschränkt man sich im akuten Stadium auf Protargolinjektionen in die Urethra und Ichthyolinjektionen (10—30%) in das Rektum. Späterhin folgen daneben Expression der Prostata und Spülung mit Kalium permanganicum (1:1500—3000), Protargol (1:200—500), Argentum nitricum (1:2000—4000), möglichst ohne Katheter. In 1—2 Monaten tritt meist Heilung ein. Die Urethritis totalis mit subjektiv latenter Prostatitis wird, solange lebhafte Entzündungserscheinungen bestehen, mit Salol, Ol. Santal., heißen Bädern behandelt. Spülungen, Instillationen, Dilatationen, Massage, Ichthyol, Jodkalium und Ol. ciner. per rectum kommen später an die Reihe und sind Monate lang anzuwenden. Die akute Prostatitis parenchymatosa und interstitialis diffusa totalis wird mit Ruhe, Antiphlogose, heißen Sitzbädern, Eingießungen von heißen 2—5%igen Ichthyollösungen behandelt. Eine Incision hat sich Verfasser niemals als notwendig erwiesen. Bei der chronischen Prostatitis universalis gilt es, die Neurasthenie vor allem zu berücksichtigen und auch suggestiv zu wirken, wenn es nötig, dabei bedeutungslose Symp-

tome behandelnd und andere wiederum unbehandelt lassend. Zum Schlufs bespricht Verfasser die Technizismen der Behandlung, zunächst die Pharmakotheraphie: Ichthyol nur intern und als Clysma gegeben, und zwar im letzteren Falle 5—10 ccm einer 20—40% igen oder 150—250 ccm einer 2—5% igen Lösung, stets nach dem Stuhl. Jod wird man als Clysma unter Zusatz von Opium oder Belladonna oder als Kühlsalbe ins Rektum bringen. Hydrargyrum wird nach folgenden Formeln appliziert:

Ung. ciner.	0,35	*Ol. ciner.*	30,0
Extr. Belladon.	0,02	*Ol. olivar.*	70,0.
Butyr. Cacao	3,0	Ds. 3—5 ccm zweimal täglich	
f. suppos. No. III.		ins Rektum zu injizieren.	

S. zweimal täglich ein Zäpfchen.

Hydro- und thermotherapeutisch kann man durch heifse und kühle Sitzbäder, kalte und heifse Rektumdurchströmungen mittels Artzbergerschen Rektumrheiphors Nutzen bringen; Kompressen, Kataplasmen, Thermophore, Eisblase können am Damm appliziert werden. Die Massage der Prostata mufs centripetal ausgeführt werden; die Rückenlage ist die geeigneteste. Massageapparate sind nicht zu empfehlen. Elektrotherapie kann harte Drüsen durch Steigerung des Blutzuflusses erweichen und nervöse Beschwerden bessern. Geeignet ist die Faradisation; positiver Pol ins Rektum, negativer auf den Damm. Urethralsonden sind dabei auch an Stelle der Dammelektrode verwendbar. Den konstanten Strom empfiehlt Scharff: Grofse positive Elektrode am Gesäfs, negative als Zinnbougie in der Urethra.

Die Prognose ist für die Infektiosität nicht schlecht; sind die Gonokokken geschwunden, so wird man die Ehe gestatten, auch wenn noch Leukocyten im Prostatasekret vorhanden sind. Dagegen ist eine Heilung der chronischen Prostatitis postblennorrhoica sehr schwer; während das Urethralleiden beseitigt wird, bleibt die Prostatitis trotz aller Bemühungen gewöhnlich fortbestehen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Wahl der Katheter und einige Schwierigkeiten der Katheterisierung bei Prostatikern, von S. Banzet. (*Journ. d. pratic.* 1901. No. 13.) Der Verfasser bespricht die allbekannten Vorzüge und Nachteile der Nelatonkatheter und der elastischen Katheter mit gekrümmtem Schnabel und weist darauf hin, dafs bei Prostatikern statt des gewöhnlichen Mercierkatheters oft ein elastischer Katheter mit längerem und stärker gekrümmten Schnabel verwendet werden mufs. Wenn dann durch fortgesetztes Katheterisieren die Kongestion der Prostata beseitigt und dadurch die Form derselben verändert wird, so wird im weiteren Verlauf oft wieder der Gebrauch eines Mercierkatheters erforderlich. *Götz-München.*

Die Behandlung der Prostatahypertrophie, von C. Posner-Berlin. (*Ther. d. Gegenw.* März 1901.) Eine kurze klar ausgeführte Übersicht über die uns zur Behandlung der Prostatahypertrophie zu Gebote stehenden Mittel giebt uns P. in vorliegender Arbeit. Er verwirft die Kastration und hält die Bottinische Operation mit den Freudenbergschen Modifikationen für die beste und radikalste therapeutische Mafsnahme, doch würdigt er auch die Katheterisation, die Sectio alta mit Prostatotomie, die Anlegung einer Blasenfistel, Punktion der Blase u. s. w. je nach Bedarf einer eingehenden Kritik. Die Arbeit ist in jeder Beziehung lesenswert und giebt in gedrängter Form ein gutes Bild über den gegenwärtigen Stand der besagten Materie.
Bernhard Schulze-Kiel.

Ein Beitrag zur Behandlung der Prostatahypertrophie, von Braun. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1901. No. 11.) Verfasser plädiert in allen Fällen für die Einführung starker Metallkatheter, und wenn diese nicht zum Ziele führen und keine

Entleerung der Blase wegen des vorhandenen Hindernisses erreichen, empfiehlt sich die Punktion der Blase oder die Boutonnière. Bei ganz schweren Fällen liefert von allen angegebenen Operationen die Bottinische noch die besten Resultate.

Bernhard Schulze-Kiel.

Die Kinesitherapie der Prostata, von Pietranera. (*La Semana med.* 1900. No. 51.) Verfasser hebt die Vorzüge der Prostatamassage sowohl in diagnostischer als besonders in therapeutischer Beziehung hervor, zählt die verschiedenen Indikationen derselben auf und beschreibt die Methoden (mit dem Finger, mit einer Benikeschen Sonde und mit besonderen Instrumenten, z. B. demjenigen von Freliech), unter denen er die Digitalmassage bevorzugt. *C. Müller-Genf.*

Über einen Fall von Prostatectomia suprabubica, von E. Loumeau. (*Ann. policl. Bordeaux.* April 1901.) Bei einem 72jährigen Prostatiker traten plötzlich profuse Hämaturien auf, gegen welche alle therapeutischen Versuche sich machtlos erwiesen. Nach vier Wochen Operation: Eröffnung der Blase, Exstirpation eines Tumors, der vom mittleren Prostatalappen ausgehend sich in die Blase eingewölbt hatte. Die Beschwerden hörten auf, es erfolgte glatte Heilung. Die Untersuchung des Tumors ergab ein submuköses Adenofibrom der Prostata. Verfasser glaubt, daß der Tumor hervorgegangen ist aus den unter der Schleimhaut der Urethra gelegenen, von der eigentlichen Prostata durch die Muskularis der Blase getrennten Drüsen, welche nach Albarran in erster Reihe für die sogenannte Hypertrophie des mittleren Prostatalappens verantwortlich zu machen sind. Diese Tumoren sind entweder Adenome oder Adenofibrime oder Fibrome. Die ersteren können epitheliomatöse Umwandlungen eingehen, was für eine eventuelle Wegnahme schwer ins Gewicht fällt.

A. Loewald-Cassel.

Über den Wert der Harncylinder bei der Diagnose und Prognose der Nierenaffektionen, von Gimenez. (*La Semana med.* 1900. No. 28—32.) Verfasser beschreibt die verschiedenen Arten von Harncylindern, die er nach Bard in drei Kategorien einteilt: die homogenen Cylinder, die durch strukturierte Elemente gebildeten und die gemischten Formen. Ferner giebt er die Art ihrer Gewinnung aus dem Urin und die Färbemethoden derselben an. Alles Angaben die in den Lehrbüchern zu finden sind. *C. Müller-Genf.*

Über die Möglichkeit einer rückströmenden Bewegung des Blaseninhaltes in die Ureteren, von Jacobelli. (*Rif. med.* 1900. No. 3 u. 4.) Nach seinen Tierexperimenten zu urteilen bildet der herunterfließende Urinstrom den eigentlichen Schutzwall der Ureteren. Sobald derselbe gehemmt wird, beginnt sofort die Invasion der Bakterien. Eine solche Hemmung der herunterfließenden Flüssigkeitssäule geschieht nun z. B. durch einen eingeklemmten Harnstein. Auf diesen Mechanismus ist vielleicht auch die Infektion von hydronephrotischen Säcken und die Genese der Pyonephrosis calculosa zurückzuführen. Das Aufsteigen der Mikroorganismen geschieht aber nicht, wie dies Guyon gemeint hat, längs einer leitenden Flüssigkeitssäule, sondern durch die Eigenbewegung der Bakterien. Die Experimente des Verfassers beziehen sich vorläufig nur auf den Bacillus pyocyaneus, mit dem er allein experimentiert hat.

C. Müller-Genf.

Kleine Beiträge zur Methodik der Harnuntersuchung, von Adolf Jolles. (*Wien. med. Wochenschr.* 1901. No. 2.)

1. **Über die quantitative Bestimmung des Harnstoffes im Harne.** Die Methoden der Harnstoffbestimmung von Bunsen-Pflueger, Fréund-Toepfer etc. haben, wie Verfasser nachweist, alle ihre Nachteile. Er giebt eine Modifikation der

Pflügerschen Verfahrens an, die für die quantitative Bestimmung des Harnstoffes im Harne in der Praxis sich sehr gut eignet. Wegen der genauen Beschreibung sei auf das Original verwiesen.

2. Über den Nachweis von Albumin im Harne. Die übliche Kochprobe genügt nicht immer zur Bestimmung kleiner Eiweifsmengen. Jedenfalls empfiehlt sich der Zusatz von etwas konzentrierter Kochsalzlösung und längeres Kochen, damit man sich davon überzeugt, dafs das ausgefällte Eiweifs sich nicht wieder löst, wie es die Albumosen thun. Das sehr scharfe Spiegler'sche Reagens hat Verfasser durch stärkeren Zusatz von Kochsalz modifiziert, da bei wenig Chloriden dasselbe versagen kann. Die Zusammensetzung ist folgende:

Hydrargyrum bichlorat. corrosiv.	10,0
Acidum succinicum	20,0
Natrium chlorat.	20,0
Aq. destillata	500,0.

Es werden 4—5 ccm filtrierten Harns durch 1 ccm 30%ige Essigsäure angesäuert, darauf werden 4 ccm des Reagens hinzugefügt. Beim Schütteln beweist eine Trübung die geringsten Eiweifsspuren; der Vergleich mit der gleichen Harnprobe ohne Zusatz des Reagens ist zu empfehlen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

In der Société nationale de Médecine de Lyon (*Lyon méd.* 1901. No. 6) machte Hugounenq eine Mitteilung über **eine im Urin vorkommende Substanz, die nicht aus den Nieren stammt.** Bei Kranken mit tuberkulöser, syphilitischer, blennorrhoischer oder parotitischer Orchitis findet sich im Urin eine zur Gruppe der Mucine gehörige, durch Ammonium sulfuricum fällbare Substanz, welche die Eigenschaft hat, die Ebene des polarisierten Lichtes nach links zu drehen. Die Substanz fehlt bei traumatischer Orchitis; sie ist daher höchst wahrscheinlich parasitären Ursprungs. Sie stammt bei einem Teil der Fälle aus der Prostata, in anderen Fällen aus dem Hoden. *Götz-München.*

Zur Desinfektion des Harns bei Typhusbakteriurie durch Urotropin, von Schumburg. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1901. No. 9.) Neufeld hatte durch Versuche festgestellt, dafs durch innerlichen Urotropingebrauch die während der Rekonvalescenz mit dem Urin ausgeschiedenen Typhusbacillen abgetötet werden, da der Urin aufgeklärt wurde; er empfiehlt allerdings neben dem Urotropingebrauch doch noch Desinfektion des Urins. Verfasser weist nach, dafs diese unbedingt notwendig ist, denn durch Kontrolluntersuchungen konnte er feststellen, dafs nur geschwächte nicht mehr vollvirulente Bacillen getötet werden, dafs aber nach Einnahme von Urotropin dennoch vollvirulente Bacillen im Urin vorhanden sein können, und dafs daher die Desinfektion des Urins mit Sublimat unbedingt erforderlich ist. *F. Hahn-Bremen.*

Irrtümer in der Urinuntersuchung, von Louis Heitzmann-New York. (*Med. News.* 1901. No. 16.) H. weist besonders darauf hin, dafs die Diagnose Nephritis nicht ohne mikroskopische Untersuchung des Urins gestellt werden sollte und der Nachweis von Eiweifs, obwohl unzweifelhaft von Wichtigkeit, nicht notwendig eine Nephritis bedeuten mufs, sondern auch bei leichter Cystitis, Urethritis, Prostatitis oder auch Vaginitis vorkommen kann. Die beste Eiweifsprobe ist für H. noch immer Erwärmen und Zusatz von Essigsäure. Man mufs sodann zwischen falschen und wahren Cylindern bei der mikroskopischen Untersuchung unterscheiden. Hyaline, Epithelial-, Blut-, Granular-, Fett- und Wachscylinder sind die echten, erstere drei bei der akuten, die letzteren bei subakuten oder chronischen Entzündungen vorkommend. Sowohl hyaline wie Granularcylinder werden oft fälschlich angenommen,

wo es sich nur um Anhäufung unschuldiger Bakterien, die oft im Urin, speziell bei Frauen, gefunden werden, um Schleimmassen herum handelt (Bakteriencylinder); solche Irrtümer, dafs ganz gesunde Menschen für Nephritiker angesehen werden, sollen auf diese Weise häufig vorkommen, was bei Lebensversicherungen von Wichtigkeit ist; H. führt hierfür einen drastischen Fall an. Die Anwendung der Centrifuge kann H. ferner nur bei Untersuchung des Urins auf Tuberkelbacillen gut heifsen, da viel weniger Irrtümer vorkommen, wenn man nach der alten Methode den Urin 8—12 Stunden sedimentieren läfst, und Eiterkörperchen, Epithelien und Cylinder ebenso zahlreich sind wie nach der Centrifugierung. Schliefslich sei noch hervorgehoben, dafs die Diagnose Nephritis nicht notwendig von der Anwesenheit von Cylindern im Urin abhänge, da sie fast immer bei der interstitiellen Nephritis fehlen; wenn stets zuerst nach Eiterkörperchen gefahndet wird, dann sind Irrtümer und Verwechselungen nicht wahrscheinlich; diese, rote Blutkörperchen und Nierenepithelien sind im allgemeinen genügend zur Diagnose. *Stern-München.*

Beitrag zum Studium des Eiweifsgehaltes des Urins, von Taidelli (*Il Morgagni.* 1901. No. 3.) Verfasser beschreibt nach einander die zahlreichen Eiweifsreaktionen des Harns und weist auf ihre Vor- und Nachteile hin. Er kommt zum Resultate, dafs die einzige Methode, welche, wenn sie positiv ausfällt, mit Sicherheit das Vorhandensein von Eiweifs feststellt, die Kochmethode ist. Sie ist aber leider nicht sehr empfindlich. Im übrigen können sämtliche anderen Methoden, demjenigen, dem die Fehlerquellen bekannt sind und der die verschiedenen Niederschläge, welche diese Reaktionen erzeugen, auszumerzen versteht, ebenfalls gute Dienste leisten.
C. Müller-Genf.

Über diarrhoische und obstipatorische Albuminurie, von B. Stiller. (*Wien. med. Wochenschr.* 1901. No. 6.) Bei vielen akuten Diarrhoen mit oder ohne schwere Allgemeinerscheinungen, wie sie das Bild der Cholera nostras ausmachen, findet man Albuminurie. Dieselbe wäre zu erklären durch den starken Wasserverlust, die Austrocknung der Gewebe und Schwächung der Herzkraft. Vielleicht spielen auch toxische Momente mit, da es sich in solchen Fällen doch wohl meist um infektiöse resp. toxische Vorgänge handelt. Aber auch akute Obstipationen, zumal solche, die mit heftigen Koliken einhergehen, führen zuweilen zur Ausscheidung von Eiweifs und von Cylindern im Harne. Verfasser erklärt hier den Vorgang in derselben Weise durch Wasserverlust (gleichzeitiges Erbrechen, Unterlassen jeder Getränkezufuhr) und Intoxikation. Die Erklärung, dafs eine durch den Schmerz ausgelöste reflektorische Ischämie besteht, hält er für unzureichend.
Jessner-Königsberg i. Pr.

Zum Nachweis geringster Eiweifsmengen, von Praum. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1901. No. 14.) Verfasser filtriert den zu untersuchenden Harn in ein Reagenzglas und setzt das Reagenz (Sulfosalicylsäure in konzentrierter Lösung) zu. Sodann wird mittels des Trichters wieder vorsichtig Urin zufiltriert, der den mit dem Reagens versetzten und dadurch schwerer gewordenen Urin überschichtet. So kann man durch Vergleich der beiden Abteilungen des Urins oft noch Trübungen entdecken, die sonst sehr leicht überhaupt nicht wahrgenommen würden. *F. Hahn-Bremen.*

In der freien Vereinigung der Chirurgen Berlins (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1901. No. 13) machte König sen. **Bemerkungen zur Frage der Anurie.** Die Anurie pflegt in den ersten vier, fünf Tagen wenig Beschwerden zu machen, es tritt wohl klebriger Schweifs an den Händen und urinöser Geruch aus dem Munde auf. Wenn die Sache dann aber weiter geht, Benommenheit auftritt, so mufs man zunächst dem gestatten

Urin Abfluſs schaffen, durch Spaltung der Niere (Sektionsschnitt), und dann erst das Hindernis zu beseitigen suchen. König demonstriert einige Patienten: Ein 15jähriges Mädchen mit tuberkulöser rechter Niere, die exstirpiert werden sollte, wurde plötzlich anurisch. Man schnitt auf die linke Niere ein, die sich als mit Tuberkelknötchen besät erwies, und spaltete sie. Drei Wochen lang urinierte sie durch die Fistel, dann ging ein gröſseres Gerinnsel durch die Blase ab und damit war die Passage hergestellt. Ein 53j. Herr, dem schon früher nach rechtsseitigen Nierenkoliken Steine abgegangen waren, war nach einer linksseitigen Nierenkolik seit fünf Tagen anurisch. Nach Spaltung der linken Niere entleerte sich viel Urin, im Ureter fand sich ein eingeklemmter Stein, der nicht zu entfernen war. Nach längeren Tagen entleerte sich blutiger Urin, bald viel Urin, die Fistel schloſs sich und es ging der Stein durch die Blase ab. Ein anderer Herr, dem die rechte Niere wegen Steinen exstirpiert war, war seit drei Tagen anurisch; er sollte operiert werden und fuhr zu dem Zwecke in einer Droschke zur Klinik. Unterwegs scheute der Gaul und die Droschke stieſs heftig an einen Stein. Als er zur Klinik kam, hatte er Schmerzen, es kam Blut, bald auch viel Urin und nach einigen Tagen ging der Stein ab. *F. Hahn-Bremen.*

Über einen Fall von paroxysmaler Hämoglobinurie, von Martini. (*Rif. med.* 1901. No. 41—43.) Auf Grund eines sehr einläſslich untersuchten Falles dieser Affektion kommt Verfasser zu dem Resultate, daſs das hämolytische Vermögen des Plasmas bei derselben nicht auf einem besonderen Grad von Alkalescenz oder auf der Dichte des Serums beruht, sondern wahrscheinlich auf dem Gehalte an einer speziellen Substanz. Die paroxysmale Hämoglobinurie wäre danach weiter nichts als eine besondere Form der toxischen Hämoglobinurie, nur würde das Gift nicht von auſsen eingeführt, sondern vom Organismus selbst produziert (autotoxische Hämoglobinurie). Der Kälte, der Überanstrengung, der Stase, wäre nur die Rolle von veranlassenden Faktoren zuzuschreiben, welche eine Herabsetzung der Widerstandsfähigkeit der roten Blutkörperchen verursachen. *C. Müller-Genf.*

Ein Beitrag zur Frage der Alkoholglykosurie, von Karl Reuter. (*Mitteil. a. d. hamb. Staatskrankenanst.* Bd. 3, Heft 2.) An neun Potatoren, hauptsächlich Schnapssäufern, hat Verfasser Untersuchungen über Zuckerausscheidungen gemacht und festgestellt, daſs der gleichzeitige Genuſs von Alkohol und Kohlehydraten in genügender Menge bei besonders dazu disponierten Individuen zugleich mit Zuckerausscheidung im Urin einhergeht, daſs ferner, wenn obige Bedingungen dauernd vorhanden sind, eine Schädigung des Organismus eintritt, welche in einer Herabsetzung des Assimilationsvermögens für Kohlehydrate besteht und selbst dann noch andauert, wenn die Ursache, der Alkoholgenuſs, bereits aufgehört hat. Nach allem, was bis jetzt über diese Störung des Assimilationsvermögens bekannt geworden ist, muſs sie wohl als durchaus pathologische Erscheinung angesehen werden, hat aber, wie es scheint, keine sehr ernste Bedeutung. Wenigstens ist bisher ein Übergang von Alkoholglykosurie zum echten Diabetes mellitus noch nie mit Sicherheit konstatiert worden. In keinem Falle ist das Vorhandensein einer Zuckerausscheidung während strengster Diät gesehen worden. Niemals zeigte sich bei Alkoholglykosurie, auch in den schwereren Fällen mit reichlicher Zuckerausscheidung, im Urin Aceton oder Acetessigsäure. In sämtlichen Beobachtungen des Verfassers stellte sich nach einiger Zeit unter Anwendung von Bettruhe, nach einer relativ kurzen Periode strengster Diät das normale Assimilationsvermögen wieder her, falls mit der Kohlehydratzufuhr langsam und allmählich begonnen wurde, so daſs in einzelnen Fällen selbst hohe Gaben von Kohlehydraten nebst 100 g reinen Traubenzuckers vertragen wurden, ohne eine Ausscheidung im Urin hervorzurufen. Diese Behandlung

darf man daher gewissermafsen als therapeutische Mafsnahme mit sicherer Aussicht auf Erfolg ansehen. Sie ist so lange und so oft zu üben, bis der Urin schliefslich bei einer Kohlehydratzufuhr, welche etwa 100—150 g Traubenzucker entspricht, zuckerfrei bleibt. Auf diese Weise gelingt es, die Glykosurie auch trotz interkurrenter Alkoholexcesse auf längere Zeit zu beseitigen. Da jedenfalls die individuelle Disposition, ähnlich wie bei dem gemeinen Diabetes, von wesentlicher Bedeutung für die Schwere der Störung ist, so rät Verfasser, in praxi die Prognose nie als absolut leicht zu nehmen. Bezüglich der Frage nach dem eigentlichen Wesen der Alkoholglykosurie möchte Verfasser sich der Annahme Bumms anschliefsen, der die Melliturie in kausalen Zusammenhang bringt mit unter dem Einflufs des Alkohols entstandenen Läsionen des Centralnervensystems. *A. Loswald-Cassel.*

Zum Nachweis des Zuckers im Harn, von Franz Mussert. (*Pharm. Centralh.* 1900. No. 40.) Auf Zucker verdächtiger Urin gab die Ausscheidung eines lehmfarbigen Niederschlages, der am folgenden Tage nicht mehr nachweisbar war, und zwar nach Zusatz von 3%iger Karbolsäure. Verfasser glaubt, dafs es sich hier nicht um Zucker, sondern um einen Körper handelt, der mit Karbolsäure ein Kondensationsprodukt lieferte. *A. Strauſs-Barmen.*

Der Nachweis der Zuckerarten beim Kinde, von P. Noblécourt-Paris. (*Presse méd.* 1901. No. 4.) Bei dem gegenwärtigen Stand unserer Kenntnisse vermag der Nachweis von Laktosurie und Saccharosurie keinerlei wichtige Aufschlüsse über die Funktionsfähigkeit der Darmschleimhaut zu geben, wohl aber hat der Nachweis von Glykosurie, mag nun der Zucker per os oder percutan gegeben worden sein, schon interessante Resultate ergeben und vermag in gewissem Grade einen Anhalt über die funktionelle Thätigkeit von Leber und Geweben zu geben. Ausschlaggebend ist für das Auftreten des Harnzuckers vielfach das Verhältnis von gereichter Zuckermenge zum Gewicht des Organismus. *Hopf-Dresden.*

In der biologischen Abteilung des ärztlichen Vereins Hamburg (*Münch. med. Wochenschr.* 1901. No. 16) hielt Prochownick einen Vortrag über **Kraurosis vulvae**. Das klinische Bild dieser seltenen Affektion ist bekannt. Die Ätiologie ist noch nicht aufgeklärt. Vom Pruritus ist die Kraurosis streng zu scheiden, wenn auch beiden Erkrankungen gewisse Symptome gemeinsam sind, z. B. Brennen und Jucken; doch kann letzteres bei echter Kraurosis fehlen. Bei Pruritus können Hautveränderungen auftreten, die makroskopisch der Kraurosis gleichen, mikroskopisch aber sich als Hypertrophien der Cutis oder als reine Entzündungsformen erweisen. Bezüglich der pathologischen Anatomie der Kraurosis haben die Untersuchungen ein überaus starkes Ödem des Papillarkörpers und hochgradigen Schwund der elastischen Fasern ergeben. Die von allen Autoren geschilderte kleinzellige Infiltration besteht nur zum kleineren Teil aus Leukocyten, im wesentlichen aber aus teils wohlerhaltenen, teils veränderten Bindegewebszellen; eine ausgesprochene Ansammlung derselben nebst reichlichen Mastzellen geht von der Adventitia der Gefäfse aus. Es handelt sich also wahrscheinlich um eine primäre Erkrankung der Gefäfse und sekundäres Ödem des Papillarkörpers mit nachfolgender Atrophie. — In der an den Vortrag sich anschliefsenden Diskussion betont Unna, dafs die Kraurosis nicht, wie das französische Autoren thun, als Leukoplakie der Genitalien aufzufassen ist; er glaubt, dafs die Affektion zur Gruppe der Ulerytheme gehöre, sie fällt aber mit keiner der Formen dieser Gruppe zusammen. Prochownick hebt hervor, dafs Leukoplakie der Genitalien ebenso selten ist wie Kraurosis vulvae. Übrigens ist mancher als Kraurosis beschriebene Fall als Leukoplakie aufzufassen. *Götz-München.*

Über die primäre Tuberkulose der Vagina und über einen auf operativem Wege geheilten Fall, von Jorfida (*Rif. med.* 1900. No. 15—17.) Verfasser bespricht die Symptomatologie und die Differentialdiagnose der Affektion und behandelt dann die Therapie derselben. In dem von ihm beobachteten Falle bestand dieselbe in der Auskratzung der multiplen Geschwüre der Vulva und Vagina mit dem Volkmannschen Löffel und nachheriger Kauterisation mit dem Thermokauter, die Nachbehandlung in Ausspülungen und Ausstopfung der Scheide mit steriler Gaze, die mit Vaselin bestrichen war. Er erreichte damit die vollständige Heilung der Geschwüre, allerdings erst nach längerer Zeit. *C. Müller-Genf.*

Tuberkulose.

In der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Dresden (*Münch. med. Wochenschr.* 1901. No. 7) sprach Werther über die **Methoden der Lupusbehandlung.** Skarifikation und Exkochleation sind nicht empfehlenswert, weil sie gelegentlich Metastasen verursachen. Die zuverlässigste chirurgische Methode ist die Exstirpation und Naht bezw. Transplantation, dieselbe ist jedoch bei sehr ausgedehntem Lupus, sowie bei Lupus der Nase, der Lider, Ohren und der Schleimhäute nicht anwendbar. Von den chemischen Methoden ist die Behandlung mit der ziemlich schmerzlos wirkenden grünen Unnaschen Salbe und mit der 20%igen Pyrogallussalbe hervorzuheben, beide wirken elektiv. Höllenstein in Form der Lunar caustics wird für einzelne Knoten empfohlen. Von der physikalischen Methode ist die Finsensche Phototherapie weitaus die beste: das Verfahren ist schmerzlos und schont das gesunde Gewebe, die Resultate sind zuverlässig, die Narben schön; die Methode ist daher ideal zu nennen, aber wegen des teueren Apparates, der nötigen Assistenz und der langen Dauer der Behandlung nur in beschränktem Maſse anwendbar. Die Behandlung mit Röntgenstrahlen erfordert sehr viel Zeit und ergiebt häſsliche Narben, der Effekt ist aber dafür ein gründlicher. Die Erfolge der Holländerschen Heiſsluftbehandlung sind ausgezeichnete; die Narben sind weich und wenig auffällig; die Anwendung dieser Methode erfordert Chloroformnarkose, gewöhnlich sind mehrere „Sitzungen" nötig. Die Heiſsluftbehandlung führt auch in Fällen, die jeder anderen Methode getrotzt haben, zum Ziel. Der Gasapparat Holländers ist nicht empfehlenswert; dagegen hat der Vortragende einen Apparat konstruiert, der sehr handlich ist und Temperaturen von über 300° sicher erzeugt; der Apparat wird von Bünger (Dresden, Wettinerstr. 21) fabriziert. — In der sich anschlieſsenden Debatte hebt Galewsky hervor, daſs die Finsensche Methode die chirurgische Methode ganz in den Hintergrund drängen werde. Martini hat in fünf Fällen mit der Holländerschen Heiſsluftbehandlung gute Resulte erzielt; jedoch schützt auch diese Methode nicht vor Recidiven. Wermann verwendet in geeigneten Fällen metallisches Quecksilber in rauchender Salpetersäure (1 : 2) gelöst, in anderen Fällen 50%ige Resorcinsalbe; letztere wirkt insbesondere bei ulcerösem Lupus sehr energisch, hat dabei den Vorzug der Schmerzlosigkeit und reizt die gesunde Haut sehr wenig. *Götz-München.*

Über Lupusbehandlung, von Rockwell Varney-Detroit. (*Med. News.* 16. Febr. 1901.) V. führt einleitend an, daſs es nun feststeht (durch Impf-, mikroskopische und pathologisch-anatomische Versuche), daſs der Tuberkelbacillus die wirkliche Ursache des Lupus in seinen verschiedenen Abarten, mit Ausnahme des sog. Lupus erythematosus, ist. Als die beste chirurgische Behandlungsart erwies sich ihm stets das Cürettement, mit welchem es auch dem wenig Erfahrenen leicht sei, das kranke vom gesunden Gewebe zu unterscheiden, während bei der Excision oft von letzterem

geopfert wird und in den transplantierten Hautteilen oft Recidive vorkommen. Die lineare Skarifikation kann bei ganz frischen Fällen von Erfolg sein. Die von Jackson empfohlene Elektrolyse hat V. in einigen frischen Fällen guten Erfolg gegeben, ein Strom von 2 MA. ist genügend, am negativen Pol wird die Platinnadel angebracht, und nachdem die Haut mit Äther anästhesiert ist, eingestochen und 10 Sekunden lang im kranken Gewebe belassen; der Effekt der Elektricität auf das Lupusknötchen ist ein doppelter: die Hitze zerstört die Keime und die Elektricität regt die Zellveränderungen an. Unter den mechanischen Mitteln stehen die Ätzpasten obenan, dann kommt Argentum nitricum in Stiftform oder Lösung; es dringt in die isolierten Tuberkel ein und zerstört sie, ebenso wie die Infiltrationszone, schont das gesunde Gewebe und ist völlig ungefährlich. Arsenpasten sind schmerzhafter wie Argentum nitricum, wirken aber rascher; wegen der Resorptionsgefahr können sie nicht auf gröfseren Flächen angewandt werden; auch Pyrogallussäure ist wegen ihrer elektiven Wirkung auf die kranken Herde zu empfehlen. Die Behandlung des Lupus mit Röntgenstrahlen ist es nun, welche V. vor allem nach den allseitigen Erfahrungen der letzten Jahre empfiehlt; er glaubt, dafs dabei die stärker wirkenden chemischen Strahlen den stimulierenden Einfluſs auf die Gewebe haben und auf demselben Prinzip deren Wirkung beruht wie die Methode Finsens, welcher die ultravioletten Strahlen des weifsen Lichtes benützt. Die Erfolge beider Methoden sind auch beinahe die gleichen, die X-Strahlen sind nur etwas rascher in ihrer Wirkung, bedürfen einer kürzeren Expositionszeit und es können gröfsere Herde in einer Sitzung behandelt werden. Die Behandlung mit den X-Strahlen ist eine schmerzlose und hat wenig Narbengewebe zur Folge. Nach den Kontrollversuchen, welche V. an Reinkulturen von Tuberkelbacillen anstellte, kann es sich bei der Wirkung der Röntgenstrahlen auf Lupus um eine antiseptische handeln. Als typischen Fall zur Behandlungsart mit denselben führt er einen mit Lupus am Finger behafteten und früher schon wiederholt behandelten Fall eines 66jährigen Mannes an. Es fanden im ganzen acht Sitzungen von etwa 10 Minuten Dauer statt, welche sich über einen Zeitraum von 14 Tagen ausdehnten; ohne weitere Behandlung trat Heilung ein. Irgend eine Verbrennung oder Veränderung in dem umgebenden normalen Gewebe, aufser geringer Blässe, war nicht zu konstatieren, wie überhaupt Verfasser nie mit Behandlung durch Röntgenstrahlen Brandwunden erlebte. *Stern-München.*

Verschiedenes.

Die subcutanen Injektionen von Unguentum Paraffini, von Moscowicz *Rif. med.* 1901. No. 11.) Die Methode der subkutanen Vaselininjektionen, die von Gersuny eingeführt worden sind, haben Moscowicz in vielen Fällen gute Resultate geliefert. In kurativem Sinne haben sie sich bewährt bei Incontinentia urinae, beim Scheidenprolaps, bei Fisteln, selbst tuberkulösen. Als Protesen wurden sie mit Erfolg angewendet nach Kastrationen oder bei der syphilitischen Sattelnase. Sie werden mit einer Pravazspritze ausgeführt nachdem das Vaselin serilisiert worden war. Da die Injektionen ziemlich schmerzhaft sind, wendet man vorteilhaft zuvor die Lokalanästhesie nach Schleich an. *C. Müller-Genf.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXXIII. No. 10. 15. November 1901.

Die elektrostatische Behandlung der Hautkrankheiten.

Von

Dr. Ferdinand Winkler-Wien.

Vortrag, gehalten auf der 73. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Hamburg, 26. September 1901.

Die von Beard[1] eingeführte elektrische Behandlung der Hautkrankheiten hat sich trotz mehrfacher Empfehlungen[2] und trotz begeisterten Lobes, welches sie von französischer Seite aus fand, bis nun keinen festen Platz in der dermatologischen Therapie erobern können; und doch verdient namentlich die Franklinisation in vollem Maße die Aufmerksamkeit der Praktiker, da sie in kurzer Frist Erfolge zu erzielen erlaubt, welche man mit den bisherigen Methoden erst nach viel längerer Zeit eintreten sieht.

Schon vor fast fünfzehn Jahren hat Eulenburg[3] darauf hingewiesen, daß sowohl beim elektrostatischen Luftbade wie auch bei kurzen schnell auf einander folgenden Funkenentladungen die Sensibilität der Haut bedeutend abnehme. Seine Beobachtung fand aber keine praktische Verwertung, und erst fünf Jahre später begann, unabhängig von ihm, Leloir[4] seine Versuche mit der Behandlung des Pruritus, über die er im Vereine mit Doumer nach Ablauf zweier Jahre berichtete.

Sie verwendeten in etwa 25 Fällen von teils allgemeinem, teils lokalem Pruritus, die bis dahin jeder Therapie getrotzt hatten, die statische Elektricität mit ungeahntem Erfolge und behandelten mit Glück in gleicher Weise auch den Pruritus vulvae und den Pruritus ani. Im Gefolge der Besserung des Pruritus sahen sie auch das Ekzem an

[1] Certain queries in electrophysiologie and electrotherapeutics. *New York med. Journ.* 1872.

[2] Vergl. mein Sammelreferat „Die Elektrotherapie in der Dermatologie", Festschrift für Neumann, Wien 1900. — *Zeitschr. f. Elektrother.* 1901. III, S. 68.

[3] Über allgemeine und lokale Elektrisation mittels hochgespannter Ströme. *Berl. klin. Wochenschr.* 1887. No. 13.

[4] Compt. rend. de l'acad. des sciences 18. Juni 1893. — Über Dermatoneurosen und ihre Behandlung. *Arch. f. Derm.* 1894. XXIX, S. 206.

den betreffenden Partien schwinden. Sie liefsen von einer Metallspitze aus der Entfernung von 10—15 cm einen elektrischen Wind über die ganze kranke Stelle streichen und jede Sitzung 12—15 Minuten andauern. Die Zahl der in jedem Falle notwendigen Sitzungen schwankte nach der Intensität der Prozesse.

Monell[5] berichtet ebenfalls über mehrere Fälle von Pruritus, sowie von chronischer Hyperästhesie einzelner Hautpartien, die er durch Anwendung des elektrischen Windes geheilt habe. Legros[6] hat in einer überaus grofsen Zahl von juckenden Hautkrankheiten die statische Elektricität angewendet und bei lokalisiertem Jucken 69 % Heilung, bei allgemeinem Pruritus 66 % Heilung erzielt.

Die guten Erfolge, welche die elektrostatische Behandlung des Pruritus erzielte, veranlafsten bald eine Erweiterung der Indikationen. Brocq[7] empfahl ihre Anwendung bei dem intensiven Pruritus nach ausgedehnten Verbrennungen, und Abranitscheff[8] sah gleich Leloir auch die Urticaria durch die Franklinisation günstig beeinflufst werden.

Monell[9] behandelte mehrere Fälle von Ekzem mit gutem Resultate, und Doumer[10] berichtet über 48 Heilungen unter 50 mit statischer Elektricität behandelten Ekzemfällen. Bei ihren Versuchen über die elektrostatische Pruritusbehandlung hatten Leloir und Doumer gefunden, dafs nicht blofs das Jucken bei Ekzemen unter der Einwirkung des elektrischen Windes nachliefs, sondern dafs auch der Krankheitsprozefs selbst mehr oder weniger rasch verschwand. In Doumers Fällen handelte es sich teilweise um frische, erst einen Tag alte, teilweise um chronische mehr als zwanzig Jahre alte Fälle; einige mit lokalisiertem, andere mit generalisiertem Charakter; in den Fällen von Monell handelte es sich ebenfalls um chronische Fälle von langem Bestehen, die mehr als fünfzehn Jahre gedauert hatten. Die Behandlung erfolgte jeden zweiten Tag, jede Sitzung währte zehn Minuten. Nach den ersten zwei oder drei Sitzungen hörten das Jucken und die Sekretion auf, in einigen Fällen vollständig, in anderen Fällen kehrten sie nach einiger Zeit wieder, um bald wieder zu verschwinden. Beim akutem Ekzem dauerte die Behandlung ein bis vier Wochen.

Bordier[11] ist ebenfalls von der Wirkung der statischen Elektricität bei Ekzemen sehr befriedigt; konnte er doch durch sie einen Fall

---

[5] *Med. Record.* 18. Nov. 1893.
[6] *Journ. de méd. et chirurg. pratique.* 1899. S. 703.
[7] Traitement des dermatoses par la petite chirurgie et les agents physiques. Paris 1898. S. 240.
[8] *Wratsch.* 1896. No. 13.
[9] l. c.
[10] *Arch. d'électric. méd.* 1894. S. 141.
[11] Traitement électrostatique de l'eczéma. *La province méd.* 25. Jan. 1896. — *Lyon méd.* Febr. 1896. — *Préc. d'électrothérapie.* S. 543.

heilen, der durch neun Jahre in der mannigfaltigsten Weise ohne Erfolg behandelt worden war. Die Kranke wurde dem elektrostatischen Luftbad ausgesetzt und einzelne Ekzemstellen dem elektrischen Winde unterworfen. Dabei zeigte sich, daſs nicht bloſs die dem elektrischen Winde ausgesetzten Stellen, sondern auch die übrigen kranken Partien, welche nicht direkt vom elektrischen Wind getroffen waren, abheilten. BORDIER schlieſst daraus, daſs es nicht die lokale Wirkung des elektrischen Windes, sondern die allgemeine Wirkung des elektrostatischen Luftbades war, welche die Heilwirkung hervorbrachte; nach seiner Ansicht ist es das negative Luftbad, dem die Hauptwirkung zuzuschreiben ist.

GAUTIER und LARAT haben ebenfalls über eine Reihe von Ekzemfällen berichtet, die bis dahin allen therapeutischen Maſsnahmen trotzend, unter der elektrostatischen Behandlung rasch zur Heilung kamen.

BROCQ[13] fand die statische Elektricität bei den stark juckenden Ekzemen der Neurastheniker und Arthritiker, BISSERIÉ[13] bei Ekzema seborrhoicum, und BARTHELÉMY[14] bei Pruritus analis der Neurastheniker und Pruritus anovulvaris der Diabetiker wirksam.

POSPELOW und CHATZKY[15] verwendeten die Franklinisation bei Psoriasis sowohl in Form des elektrostatischen Luftbades wie auch als Funkenentladung auf die Wirbelsäule; unter sechs Fällen von CHATZKY war viermal der Erfolg befriedigend, einmal gering und einmal negativ.

DOUMER[16] benützte die statische Elektricität auch zur Behandlung von Acne vulgaris und Impetigo; die Behandlung erfolgte mit dem positiven Pole, dreimal in der Woche, durch je 10—15 Minuten. Sehr rasch trat bei der Impetigo eine Verminderung des Juckens auf, oft schon nach der ersten Sitzung, sicher nach der zweiten Sitzung; damit sistierte die Sekretion, das Erythem ging zurück, die Drüsenschwellungen nahmen ab, und die an Impetigo erkrankten Kinder zeigten eine wesentliche Gewichtszunahme.

Unter DOUMERS Leitung hat MARQUANT[17] die statische Elektricität bei der Behandlung chronischer Unterschenkelgeschwüre versucht und über 22 mit Erfolg behandelte Fälle berichtet. Die Behandlung erfolgte dreimal wöchentlich durch je zehn Minuten. Rasch verschwanden das Jucken und die Schmerzen, die dem Geschwür benachbarten Hautpartien

[12] l. c. S. 244.
[13] l. c. S. 245.
[14] *Ann. de Derm.* 1900. S. 390.
[15] Du traitement du psoriasis vulgaris par l'électricité statique. *Wratsch.* 1897. No. 40. *Revue neurolog.* 1897. No. 24.
[16] E. DOUMER und J. LEVEZIER, Traitement de l'impétigo par la franklinisation. *Ann. d'électrobiologie.* 1898. S. 115.
[17] De l'influence de l'effluvation sur la marche des ulcères chroniques et particulièrement des ulcères variqueux. *Thèse de Lille.* 1894.

erhielten bald ein besseres Aussehen, die Varicositäten nahmen ab, und das Geschwür selbst kam bald zur Vernarbung.

Leloir[18] dehnte das Anwendungsgebiet der statischen Elektricität auf alle Dermatoneurosen aus und teilte mit, dafs er bei Lichen, Vitiligo, Asphyxie der Extremitäten, trophischen Exulcerationen, Urticaria und Alopecia areata gute Resultate gesehen habe. Shoemaker[19] hat auch bei der Behandlung von Verrucae, Clavi und Tylositäten gute Resultate erzielt und empfiehlt sie besonders bei der rauhen, trockenen Haut scrophulöser Personen.

Bissbriié[20] hat auch Lupus erythematodes und Oudin hat Lupus vulgaris mit statischer Elektricität behandelt.

Gastou und Chabry[21] haben die statische Elektricität bei Neurodermien und Toxidermien, akuten und chronischen Prurigoformen als allgemeines Luftbad und bei lichenoiden Ekzemen und umschriebener Lichenification als Büschelstrahlung verwendet.

In einer weiteren Mitteilung berichteten Gastou, Chabry und Rieder[22] über 149 Fälle von Hautkrankheiten, die sie im elektrotherapeutischen Saale des Hopital Saint-Louis in Paris mit statischer Elektricität und mit Hochfrequenzströmen behandelten. Die Franklinisation erwies sich ihnen bei Alopecie, Lichen pilaris, Acne rosacea, Herpes gestationis, Pruritus und Prurigo als wirksam. Sie verwendeten sie sowohl als allgemeines Beruhigungsmittel für das Nervensystem als auch lokal, zumeist benutzten sie die statische Elektricität als Unterstützungsmittel der Hochfrequenzströme.

Thiellé[23] äufserte sich sehr befriedigt über die Wirkung der statischen Elektricität bei Frostbeulen und bei Verbrennungen. Er setzte sie durch 20—25 Minuten dem positiven Wind und durch 5—10 Minuten den Büschelstrahlen aus; die Behandlung erfolgte jeden zweiten Tag. Schon nach der ersten Sitzung war das Jucken verschwunden und nach wenigen weiteren Sitzungen waren die Ulcerationen geheilt. Unmittelbar nach der ersten Sitzung gaben ihm die Kranken eine sehr starke Wärmeempfindung an, die 5—8 Stunden anhielt.

Boisseau de Rocher hat kleine Funkenentladungen zur Behandlung des Sclerema circumscriptum versucht; er erzielte dadurch ein Rotwerden der Hautstelle, auf welches am nächsten Tage eine Abschuppung

---

[18] *Arch. f. Derm.* 1894. XXIX, S. 206.
[19] Electricity as a cosmetic. *Med. News.* 1894. LXI, No. 15.
[20] *Ann. de Derm.* 1900. S. 392.
[21] Essais d'application des dermatoses localisées ou généralisées des méthodes d'électrotherapie. *Ann. de Derm.* 1900. S. 386.
[22] Action curative des méthodes électrothérapiques sur les dermatoses. *Ann. de Derm.* 1900. S. 877.
[23] Traitement par la franklinisation des engelures et des brûlures. *Ann. d'électrobiologie.* 1901. IV, S. 200.

folgte; die Haut verlor ihre Starre, liefs sich in Falten erheben und zeigte nach einigen Sitzungen eine reichliche Gefäfsversorgung.

Derville[24] und Bécue berichten über die Franklinische Behandlung der Keloide; sie erzielten nur bei frischen Keloiden gute Resultate, alle vierzehn Tage eine Sitzung durch 5—10 Minuten; sie verwendeten kleine Funken und sahen, dafs die schmerzhaften Keloide schon nach der ersten Sitzung schmerzlos wurden und sich dann rasch zurückbildeten.

* * *

Über die Art, wie man sich die Wirkung der Franklinisation vorzustellen hat, gehen die Anschauungen sehr auseinander; während die einen nur eine Oberflächenwirkung zulassen, hat Chatzky[25] den Beweis geführt, dafs der Funke an seinem Berührungspunkte eine polare Elektrolyse erzeuge.

Die Wirkungen auf die Haut beruhen auf einer Beeinflussung der Vasomotoren; dabei ist der durch die Büschelentladung erzeugte Wind von der Funkenwirkung zu trennen.

Bordier[26] zeigte, dafs das Überschlagen eines Funkens an der betreffenden Stelle eine Erhöhung der lokalen Temperatur veranlasse, und dafs die vasomotorischen Erscheinungen, welche das Überspringen von Funken begleiten, bei positiven Funken viel stärker sind als bei negativen.

Der elektrische Wind veranlafst im Gegensatze dazu eine Senkung der lokalen Temperatur, und zwar ist hier die Wirkung des negativen Windes die stärkere; die Abnahme der Temperatur hält eine kurze Zeit noch nach Aufhören der Büschelentladung an, und nur langsam steigt sie wieder zu ihrer früheren Höhe auf. Andererseits ist nach Bordier[27] der positive Wind sowohl an Intensität wie Dichte dem negativen überlegen; dabei ist aber zu bemerken, dafs nach Bordier und Durand[28] bei stärkerer Entfernung der Metallspitze von der Haut der negative Wind besser zu wirken beginnt.

Im allgemeinen wird bei der Behandlung von Hautkrankheiten die Büschelentladung verwendet; unter ihrem Einflusse verlieren die Erytheme ihre Intensität, die Haut blafst ab, und empfindliche Partien werden weniger schmerzhaft. Bei der Funkenentladung dauert das Blafswerden der Haut nur kurze Zeit; nach einigen Minuten rötet sich die getroffene Hautstelle, und es kann zur Exsudation von Flüssigkeit kommen;

[24] Traitement de chéloides par l'électricité statique. *Sem. méd.* 1899. S. 240.
[25] Grundlage der therapeutischen Wirkung der Franklinisation. *Zeitschr. f. Elektrother.* 1901. III/I.
[26] Compt. rend. de l'Acad. des sciences. April 1895.
[27] *Précis d'électrothérapie.* S. 301.
[28] Récherches sur le souffle électrique. *Arch. d'électric. méd.* 1901. S. 744.

nicht selten sieht man bald nach der Applikation des Funkens eine mit Flüssigkeit gefüllte Blase sich erheben, welche wie eine Brandblase mit Zurücklassung einer leichten Pigmentierung zu heilen pflegt. Die Wirkung besteht anfänglich in einer Kontraktion der Gefäfse infolge der Erregung der Vasomotoren, auf welche dann eine starke Erweiterung der Gefäfse folgt.

Bei einigen Erkrankungen, insbesondere beim Morbus Basedowii sind die vasomotorischen Erscheinungen so stark ausgeprägt, dafs die französischen Autoren von einem elektrischen Dermographismus[29] sprechen.

Die Wirkung der Funkenentladung auf die Blutgefäfse läfst sich sehr schön an den Ohrgefäfsen des Kaninchens zeigen; auch die histologische Untersuchung der vom Funken getroffenen Hautstellen zeigt die durch die Funkenentladung veranlafste Beeinflussung der Gefäfse.

Freund[30] berichtet über die histologische Untersuchung einer Haut, welche mit Funkenentladungen hochgespannter Induktionsströme behandelt war. In den Hautpartien, die nur mit geringen Funkenentladungen behandelt waren, liefs sich nur eine ganz oberflächliche Entzündung und ein kleinzelliges Infiltrat in den obersten Cutisschichten wahrnehmen; bei intensiverer Funkenbehandlung zeigten sich die Venen wesentlich erweitert und stark mit Blut gefüllt; an verschiedenen Stellen der Cutis fanden sich Hämorrhagien und in der Intima der Arterien Vacuolenbildungen, die Freund auf elektrolytische Vorgänge im Protoplasma zurückführt.

Die dritte Form, unter der die Franklinisation in der Dermatologie zur Verwendung kommen kann, ist das elektrostatische Luftbad; man richtet es am leichtesten in der Weise ein, dafs man den Kranken unter eine franklinische Kopfglocke (s. unten Fig. 4) setzt und den zweiten Pol zur Erde ableitet. Der Patient fühlt sich wie von einem warmen Schleier umgeben, er empfängt ein sehr angenehmes Gefühl von Wärme, und giebt an, dafs er die Empfindung eines sehr angenehmen Regens habe. Wie Truchot[31] nachgewiesen hat, kommt es unter dieser Behandlung neben der schon von Charcot festgestellten Blutdrucksteigerung auch zur Pulsbeschleunigung, die Allgemeintemperatur des Körpers hebt sich, die dynamometrische Kraft nimmt zu, und, wie die Untersuchungen von D'Arsonval gezeigt haben, kommt es zur Beschleunigung der Stoffwechselvorgänge, zur Vermehrung der Sauerstoffaufnahme und der Kohlensäureabgabe. Die Schweifsdrüsensekretion nimmt zu, und bei manchen, leicht erregbaren

[29] Bordier, *Arch. d'électric. méd.* 1894. S. 506.
[30] Die Verwendung der Spannungselektricität zur Behandlung von Hautkrankheiten. Verhandl. d. Derm. Gesellsch., Breslau 1901.
[31] *Arch. d'électric. méd.* 1894. S. 49.

Personen sieht man im elektrostatischen Bade sowohl an der Stirne wie an den Händen Schweifstropfen hervortreten. Die Allgemeinwirkung des elektrostatischen Luftbades, welche sich nach den Feststellungen zahlreicher französischer Autoren in der Verminderung der Stickstoffausscheidung im Urin und in der Vergrösserung des Robinschen Oxydationscoefficienten (Verhältnis des Harnstoffes zum Gesamtstickstoff) zeigt, findet in der Dermatotherapie ausgedehnte Anwendung als eine allgemein beruhigende Prozedur, die ihre beruhigende Wirkung besonders in Bezug auf die Vasomotoren äufsert.

Das elektrostatische Luftbad wird von uns stets als ein positives gegeben, da dem negativen Luftbade unter Umständen eine erregende Wirkung zukommen kann.

Auch Doumer schreibt der allgemeinen Wirkung der elektrostatischen Behandlung eine besondere Bedeutung zu; in ihr findet er auch den Grund, warum sich die Geschwüre rascher schliefsen und die neugebildete Haut einen so frischen Eindruck hervorruft.

Eine ganz besondere Stellung in der Elektrostatik verdienen die Mortonschen Ströme, bei denen die beiden Konduktoren der Influenzmaschine einander so genähert sind, dafs Funken zwischen ihnen überspringen können; die Elektrode ist mit dem äufseren Belege der einen Leydner Flasche verbunden, während der äufsere Beleg der zweiten Leydner Flasche zur Erde abgeleitet ist. Man erzielt auf diese Weise einen oscillierenden Strom von sehr grosser Frequenz und hoher Spannung, aber geringer Intensität; man kann auch hier mit Funken arbeiten oder durch direkte Berührung der Haut energische Kontraktionen hervorrufen, bei welchen die Vasomotoren in lebhafte Thätigkeit versetzt werden.

Besonders bemerkenswert ist die wesentliche Herabsetzung der Sensibilität der Haut unter der Einwirkung des Mortonschen Stromes, so dafs bei längerer Applikation die anfangs schmerzhafte Empfindung immer mehr abnimmt.

Es kommt unter der Einwirkung des Mortonschen Stromes rasch zur Rötung der Haut, zur Vermehrung der Schweifssekretion, und bei längerer Applikation wird die Haut nicht blos rot, sondern cyanotisch; die Cyanose verschwindet aber rasch.

Dabei ist die Hautpartie mehr oder weniger geschwollen, ödematös, und es bedarf oft mehrerer Stunden bis die Haut ihre normale Beschaffenheit wiedergewinnt. Auf diese starke Gefäfserweiterung, welche sich ebenfalls sehr schön am Ohre des Kaninchens nachweisen läfst, folgt bei Nachlassen des Oedems eine starke, lange anhaltende Blässe der gesamten Hautpartie, welche von einer starken Abschuppung gefolgt ist.

Die Mortonschen Ströme, welche sich durch jede statische Maschine

hervorbringen lafsen, verdienen den Vorzug vor der Applikation der unipolaren Polentladungen Ruhmkorffscher Induktorien, da infolge der Verbindung mit der statischen Maschine rasch nach Belieben die Hautkontraktion oder die blofse Funkenentladung oder der elektrische Wind anzuwenden ist. Freund empfiehlt übrigens, die Funkenentladung von dem negativen Pole aus herbeizuführen, während wir stets mit dem positiven Pole arbeiten.

Wir bedienen uns einer Wimshurstschen Influenzmaschine und einiger für unsere Zwecke modifizierter Elektroden, die nach meiner Angabe von der elektrotechnischen Fabrik Reiniger, Gebbert & Schall in Erlangen hergestellt wurden. Zur Funkenentladung benutze ich die von Hovorka und Sterkel[32] angegebene Elektrode mit Einschaltung einer Holzbirne (Figur 1). Zur Büschelentladung hat sich mir am besten eine Schwammelektrode erwiesen, bei der an einem Hartgummigriffe eine mit einem flachen Schwamm überzogene Holzplatte befestigt ist. Zur leichteren Handhabung bediene ich mich eines Stativs, an dem mittels eines Gelenks ein Hartgummigriff mit Gewindeansatz nach allen Seiten drehbar ist, so dafs man je nach Bedarf bald die Funkenelektrode, bald die Schwammeletrode anschrauben kann (Figur 2).

Um gröfsere Hautpartien der Büschelbestrahlung auszusetzen, benutze ich eine Röhre aus wasserdicht gemachtem und mit Trikotstoff überzogenem Holze, in welcher an dem einen Ende ein angefeuchteter grofser Schwamm liegt (Figur 3). Besonders eignet sich diese Vorrichtung zur Behandlung von Erkrankungen der Gesichtshaut, während für Erkrankungen der Kopfhaut die zur Herstellung eines elektrostatischen Luftbades dienende, an einem Hartgummigriff anschraubbare Kopfglocke in Verwendung kommt, die ebenfalls aus wasserdichtem Holze gefertigt, mit Trikot überzogen und mit einer flachen Schwammeinlage ausgestattet ist (Figur 4). In allen diesen Elektroden ist der nasse Schwamm der Überträger der Franklinischen Elektricität; selbstverständlich darf hierbei der Schwamm nicht sehr nahe an die Haut gebracht werden, weil unter Umständen vom Rande Funken überschlagen können; erst in einer gewissen, wenn auch sehr kleinen Entfernung von der Haut kommt die Büschelwirkung zur Geltung.

Für die Büschelentladung von einer einzigen Metallspitze aus gilt das von Boudet[33] angeführte Gesetz, dafs der Durchmesser der vom elektrischen Winde getroffenen Fläche ein und einhalbmal so grofs ist wie die Entfernung der Metallspitze von der Haut; bei der Schwammelektrode ist aber das Ausbreitungsgebiet der Büschelwirkung, da sie von der ganzen Peripherie ausgeht, viel gröfser.

[32] Franklinische Brause. *Wiener med. Blätter.* 1895. S. 823.
[33] *Électricité méd.* S. 124.

Wenn ich die Mortonschen Ströme verwenden will, benutze ich die Hovorkasche Elektrode, und lege sie direkt an die Haut an. Bei geringer Entfernung der Elektrodenspitze von der Haut entstehen etwas schmerzhafte Funken, die vermieden werden sollen; man darf aus diesem Grunde die Spitze nicht erst dann der zu behandelnden Hautstelle nähern, wenn die Maschine bereits in Gang ist und Reibungselektricität erzeugt, sondern

Fig. 1.

Fig. 2.

Fig. 3.

Fig. 4.

man bringt zunächst die Elektrode an die Haut, am zweckmäfsigsten mittels des früher erwähnten Stativs, und setzt dann erst die Maschine in Thätigkeit. Ein gleiches gilt vom Beendigen der Behandlung; bevor nicht durch Ruhigstellung der Maschine oder durch Entfernen der Konduktoren von einander die Elektrode frei von Elektricität ist, darf sie, um ein Überspringen von Mortonschen Funken zu vermeiden, nicht von der Haut abgezogen werden.

Die französischen Autoren führen die lokale Wirkung der Franklinisation auf zwei Momente zurück; einerseits nehmen sie eine Beeinflussung der vasomotorischen Nerven an, und andererseits eine Einwirkung auf die Infektionserreger und ihre Toxine, die man durch die sicherlich vorhandene Entwickelung von Ozon zu erklären suchte. Nach meiner Meinung kommt ausschliefslich die Wirkung auf die Gefäfsnerven in Betracht, und hiernach ist die lokale Anwendungsweise der statischen Elektricität in drei Gruppen zu teilen, in die Büschelentladung, die Funkenwirkung und die Wirkung des Mortonschen Stroms; die Büschelentladung veranlafst eine Hautanämie, der Mortonsche Strom eine Hauthyperämie; in der Mitte steht die Funkenentladung, die bei kurzer Anwendung zur Entstehung einer Cutis anserina, bei längerer Anwendung zu Erythem und sogar zur Blasenbildung führt.

Die Hauptanwendung der lokalen Franklinisation wird sich somit dort finden, wo es sich um eine intensive Beeinflufsung der Gefäfsnerven nach der einen oder anderen Seite hin handelt; in erster Linie kommen deshalb für die Büschelentladung alle Stauungshyperämien der Haut und alle jene Hauterkrankungen in Betracht, bei denen Gefäfserweiterungen vorliegen.

Daher werden Perniones und Varices, Acne rosacea und kleine Teleangiektasien, sowie Erythema nodosum günstig beeinflufst. Die Einwirkung auf die Hautgefäfse dürfte auch die eklatante Beeinflufsung des Juckens durch die lokale Franklinisation erklären, wenigstens in jenen Formen, für welche die Erklärung Unnas[34] gilt, dafs das Jucken auf einem Mifsverhältnifse zwischen dem Drucke des Gewebesaftes und dem Gegendrucke der Oberhaut beruht.

Auf der anderen Seite werden die Mortonschen Ströme sehr gut bei Narbenbildungen, bei anämischer und schuppender Haut sowie bei Nachlafs des Tonus der Haut, bei Falten und Runzeln verwendet. Besonders guten Erfolg erzielt man bei Keloiden und bei Dupuytrenscher Contractur.

Die antiprurigin öse Wirkung der Franklinisation steht wahrscheinlich auch in Zusammenhang mit der vielfach beobachteten anästhesierenden Wirkung der Bestrahlung. Man kann letztere in der Dermatotherapie vielfach nicht blofs bei Hyperästhesien der Haut, z. B. bei universellem Ekzem, sondern auch bei lokalen Schmerzempfindungen, wie bei empfindlichen Narben und bei empfindlichen Stellen an Amputationsstumpfen, bei Rhagaden der Brustwarze,

---

[34] Lehrbuch der allgem. Therapie, herausgegeben von Eulenburg und Samuel. 1899. III. Bd., S. 809.

bei Urticariaquaddeln, bei Fifsuren des Anus, bei Verbrennungen und bei Zosterbläschen benützen.

Die schönste Wirkung zeigt die Franklinisation bei Ekzemen; es ist oft erstaunlich, wie rasch sie wirkt; schon nach den ersten Sitzungen ist das Jucken verschwunden, und in oft kurzer Zeit heilen die ekzematösen Stellen ab. Einen ebenso überraschenden Erfolg erzielt man oft bei Seborrhoea capitis et faciei; namentlich das seborrhoische Ekzem und die Schuppen der behaarten Kopfhaut verschwinden unter geeigneter elektrostatischer Behandlung sehr bald. Hieher dürften auch die auffallenden Besserungen zu zählen sein, die man bei Lupus erythematodes zu sehen bekommt.

Mit der Wirkung auf die Gefäfsnerven steht die austrocknende Wirkung der Franklinisation auf Geschwürsflächen und auf exsudative Prozefse, namentlich auf Herpes zoster in Zusammenhang; hieher gehört auch die günstige Beeinflufsung der Hyperidrosis und die Abnahme des Spannungsgefühls, wenn man einen Furunkel der Bestrahlung aussetzt.

Zweifellos werden auch mykotische Ekzeme, sowie Sykosis und Herpes tonsurans durch die Büschelstrahlen günstig beeinflufst, und es dürfte auch hier die intensive Einwirkung auf die Gefäfsnerven zur Erklärung heranzuziehen sein. Damit dürften auch die eigentümlichen Erscheinungen erklärt werden können, welche man bei der Beobachtung psoriatischer Efflorescenzen erhält; einerseits verändern die Schuppen ihre Farbe und lösen sich leicht ab, und anderseits heben sich an der behandelten Hautstelle eine ganze Reihe von früher normal erschienenen Stellen durch ihre Farbenänderung von der gesunden Haut ab.

Es gelingt weiterhin auch, bei Alopecia areata in verhältnismäfsig kurzer Zeit einen neuen Haarwuchs zu erzielen, und es wäre auch hier möglich, dafs die Beeinflussung der Gefäfsnerven bei der Bestrahlung haarloser Stellen eine Rolle spielt.

Leider gelingt es noch nicht, in jedem Falle den Erfolg vorauszusagen; es widerfährt manchmal, dafs der Erfolg ausbleibt und dafs vorübergehend sogar infolge zu starker Reizung eine entgegengesetzte Wirkung eintritt. So tritt manchmal bei der Ekzembehandlung ein stundenlang anhaltendes Brennen auf, welches durch Zinkpasta, mitunter auch durch Aufpuderung von Orthoform leicht gestillt werden kann.

Um derartigen Reizwirkungen vorzubeugen, ist es zweckmäfsig, einerseits die Sitzungen nicht über fünf Minuten auszudehnen und anderseits jedesmal an die lokale Behandlung eine allgemeine Prozedur anzuschliefsen; man braucht zu diesem Zwecke die Kranken nur unter die oben beschriebene Kopfglocke auf zehn bis fünfzehn Minuten zu setzen; es tritt hier ein Nachlafs aller Reizzustände auf, die Kranken geben überein-

stimmend an, dafs ihnen diese Behandlungsmethode aufserordentlich angenehm sei; etwa vorhandene Kopfschmerzen verschwinden rasch und vollständig, und es überkommt den Körper eine eigentümlich wohlthuende Müdigkeit, welche man bei geeigneten Patienten leicht in eine Hypnose überführen kann.

Zum Schlufs sei noch bemerkt, dafs es mit Hülfe der Mortonschen Ströme durch Einführung einer mit einem Holzrheostaten versehenen Hartgummielektrode in die Harnröhre gelingt, sexuelle Schwächezustände günstig zu beeinflussen; auch hier dürfte es sich wohl um eine direkte Erzeugung hyperämischer Zustände handeln, und es ist vielleicht möglich, auf diese Weise zu einer zweckentsprechenden Behandlung der Impotenz zu gelangen.

Es wäre sicherlich zu weitgehend, wenn man der elektrostatischen Behandlung den Charakter einer in allen Fällen sicher wirkenden Heilmethode aufprägen wollte; zweifelsohne aber kann sie einen festen Platz in der dermatologischen Therapie beanspruchen, und es wird durch genaues Studium ihrer Wirkungsweise gelingen, ihre Indikationen richtig abzugrenzen und ihr Verhältnis gegenüber den anderen Formen der Elektrotherapie festzustellen.

Röntgenbehandlung, D'Arsonvalisation und Franklinisation gehören wahrscheinlich dem gleichen Wirkungsgebiete an; sie dürften sich nur in der Intensität unterscheiden, und ihre Erfolge in der Dermatotherapie dürften auf den gleichen Grundlagen beruhen. Die nächste Aufgabe ist es, auf Grund zahlreicher Versuche zu bestimmen, unter welchen Umständen jede von diesen verschiedenen Ausdrucksarten elektrischer Energie ihre Anwendung findet.

Bemerkung zu der Arbeit von Dr. Ferdinand Winkler: „Zum Nachweise von Gonokokken in Urethralfäden."

(*Monatshefte für praktische Dermatologie.* 1901. Bd. XXXIII.)

Von

Dr. Leonhard Leven-Elberfeld.

In der oben genannten Arbeit Winklers findet sich folgender Passus: „Andererseits hat Legrain auf die interessante Beobachtung aufmerksam gemacht, dafs bei der chronischen Gonorrhoe die Gonokokken sich weniger in den Leukocyten als in den Epithelzellen finden und dafs auch bei einer Exacerbation des Prozesses keine Gonokokken in den

Leukocyten gefunden werden, während sie in den Epithelzellen liegen. Diese Beobachtung, die auch von FINGER bestätigt wurde, müfste LEVEN veranlassen, auch bei dem Vorhandensein von Epithelfäden die Gonorrhoe als nicht geheilt anzusehen, und WOSSIDLO hat wohl Recht, wenn er die Beseitigung aller Fäden für die Erteilung der Heiratserlaubnis für notwendig hält."

Ich möchte hierzu nur eine kurze Bemerkung über Epithel und Leukocyten in ihrem Verhältnis zum Gonococcus machen, verweise aber in Bezug auf weiteres auf eine demnächst erscheinende Arbeit: „Weitere Bemerkungen zur Frage der Gonorrhoeheilung", in welcher ich auf alle wesentlich in Betracht kommenden Punkte ausführlich eingehen werde.

Zunächst möchte ich bemerken, dafs die Beobachtung LEGRAINS, dafs nämlich bei der chronischen Gonorrhoe die Gonokokken sich weniger in den Leukocyten als in den Epithelzellen finden, schon deshalb etwas auffällig erscheinen mufs, weil die allgemeine, auch gerade in den neueren Werken — die Mitteilung LEGRAINS stammt aus dem Jahre 1887 — vertretene Anschauung doch dahin geht, dafs die Gonokokken fast nur oder sogar ausschliefslich in den Leukocyten gefunden werden, nicht in den Epithelzellen. Wenn aber eine derartige Beobachtung, dafs die Gonokokken sogar weniger in den Leukocyten als in den Epithelien vorhanden seien, thatsächlich richtig wäre, dann müfsten doch auch andere Beobachter dies konstatieren, dann wäre es wohl unerklärlich, wie ein so anerkanntes Lehrbuch, wie das von JOSEPH, beispielsweise schreiben könnte: „Sie — id est die Gonokokken — liegen aber nie in den Epithelzellen."[1] Ebenso sagt z. B. GÜNTHER:[2] „Der Gonorrhoecoccus wird im Trippereiter, und zwar innerhalb der Eiterzellen gefunden", und weiter: „Der Nachweis der typischen Gestalt der Kokken in Verbindung mit dem Nachweise der Lagerung innerhalb der Eiterzellen berechtigt zur Diagnose ‚Gonorrhoe'." Was FINGER anbetrifft, so glaube ich aus seinem in jüngster Zeit in neuer Auflage erschienenen Buche[3] zu dem Schlusse berechtigt zu sein, dafs er die oben genannte Anschauung sehr modifiziert hat; er würde sonst nicht ein so hervorragendes Gewicht auf die Anwesenheit resp. das Fehlen von Eiterkörperchen für die Erteilung des Ehekonsenses legen, wie es aus den Worten hervorgeht: „Auf eine Bedingung mufs ich noch Nachdruck legen, auf das Fehlen von Eiterkörperchen", sowie: „dafs ich davor, die Frage nach dem Ehekonsens nur nach dem bakteriologischen Befunde zu beantworten, nur dringend warnen kann

[1] Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten von Dr. MAX JOSEPH. 2. Aufl. 1896. S. 325.

[2] Einführung in das Studium der Bakteriologie u. s. w. 5. Aufl. 1898. S. 518 u. 522.

[3] Die Blennorrhoe der Sexualorgane und ihre Komplikationen. 5. Aufl. 1901. S. 188 u. 21.

und so lange Eiterkörperchen, die beredten Zeugen noch bestehender Entzündung da sind, von der Erteilung des Ehekonsenses nur dringend abraten mufs.“ Ich gehe auf das Verhältnis Fingers zu der von mir vertretenen Anschauung, um nicht zu ausführlich zu werden, an dieser Stelle nicht weiter ein, ich möchte nur noch hervorheben, was Finger in dem genannten Werke über die Lagerung der Gonokokken selbst sagt. Er führt aus: „Diese Häufchen liegen zum Teil wohl zwischen Zellen, zum Teil aber, und das ist für den Gonococcus charakteristisch, in den Eiterzellen. So findet man zunächst Zellen, wo im Protoplasma, meist nahe dem Kerne, eine oder wenige Gruppen von Gonokokken liegen. In anderen Zellen ist die Menge der Gonokokken schon gröfser, sie reichen an einer oder der anderen Seite bis an den Rand der Zelle, gehen aber nie über diesen hinaus, wodurch ihr Aufenthalt im, nicht auf dem Zellleib erwiesen ist. Andere Zellen endlich sind so dicht von Gonokokken erfüllt, dafs durch selbe der Kern verdeckt wird. Sind die Zellen endlich stark mit Kokken gefüllt, dann bersten sie und die Kokkenhäufchen fallen aus den Zellen. Nicht selten sieht man dann noch Kokkengruppen um einen oder zwei bis drei Zellkerne angeordnet, jedoch ohne den scharfen Kontur des Zellleibes, dann meist gegen die Mitte zu dichter, nach der Peripherie zu lockerer zusammenliegen. Ebenso findet man besonders in etwas älteren Blennorrhoen zahlreiche Plattenepithelien, die Häufchen und Rasen von Gonokokken tragen. Das Überragen der Kokken über den Rand der Epithelzelle beweist, dafs diese den Epithelzellen auf-, nicht in dem Protoplasma eingelagert sind.“

Aber nehmen wir selbst an, dafs ein solcher Befund, Gonokokken in einer Epithelzelle, ausnahmsweise einmal vorkommen sollte, was würde das beweisen?

Meine Auffassung geht dahin, dafs der Gonococcus in die Saftspalten des Epithels eindringt und dann eine Eiterung hervorruft. Dafs Gonokokken auf den Epithelzellen gefunden werden, so lange noch Leukocyten vorhanden sind, ist ohne weiteres zuzugeben und erklärlich. Innerhalb der Epithelzellen, so lange noch Leukocyten vorhanden sind, — und von einem isolierten Befunde von Gonokokken in Epithelien ohne gleichzeitige Anwesenheit von Leukocyten spricht ja auch Legrain nicht — wäre, wenn es überhaupt vorkommt, eventuell damit erklärlich, dafs vereinzelte Gonokokken vielleicht einmal in eine abgestofsene Epithelzelle hineingelangen. Sind keine Leukocyten mehr vorhanden, so sind auch in den Epithelien sicher keine Gonokokken vorhanden, wenn man überhaupt annehmen will, dafs dieses Vorkommen von Gonokokken innerhalb der Epithelien mit Sicherheit nachgewiesen worden sei, was ja von vielen Seiten energisch bestritten wird und was auch ich bestreite.

Es kommt also nicht darauf an, ob wir einmal Gonokokken in einer Epithelzelle vorfinden, es kommt auf das ganze Verhalten des Gonococcus in den Geweben an. Der Gonococcus ruft eine Eiterung hervor und unterhält dieselbe, er giebt den Reiz ab, unter dessen Einwirkung wir die Auswanderung der Eiterkörperchen vor sich gehen sehen, erst sekundär tritt, hauptsächlich durch unsere therapeutischen Maßregeln, eine Epitheldesquamation auf. Die Folgerung, welche WINKLER zieht, daß die Beobachtung LEGRAINS mich veranlassen müßte, auch bei dem Vorhandensein von Epithelfäden die Gonorrhoe als nicht geheilt anzusehen, würde also, selbst wenn, was ich bestreite, die Beobachtung LEGRAINS zuträfe, nur richtig sein, wenn man, auch bei sicherem Nachweis des Fehlens aller Leukocyten, also bei reiner Epitheldesquamation, Gonokokken bei der Untersuchung des Morgensekretes und der Fäden nachweisen würde. Dies ist nach meiner Ansicht auszuschließen und auch von LEGRAIN selbst nicht einmal angenommen worden.

Meine Forderung geht also nur dahin, die Gonorrhoe in unkomplizierten Fällen so lange nicht als geheilt anzusehen, als bei Vornahme der Untersuchungen in der von mir angegebenen Weise noch Leukocyten vorhanden sind resp. dahin, daß, wenn in solchen Fällen sich permanent Leukocyten zeigen, dann die Anwesenheit von Gonokokken noch supponiert werden muß.

Aus der Praxis.

Seltene Komplikationen eines Karbunkels.[1]

Von

Dr. GEORG BERG-Frankfurt a. M.

Obwohl der Karbunkel, d. h. der (nicht spezifische) Anthrax benignus derselben Herkunft ist, wie der Furunkel, eigentlich nur ein Vielfaches desselben, so unterscheidet er sich doch wesentlich von diesem durch die ausgebreitete harte Infiltration der Haut und des Unterhautzellgewebes und durch die Neigung zu tiefgreifender, brandiger Zerstörung. Wahrscheinlich handelt es sich hier um eine stärkere Virulenz des Staphylococcus pyogenes aureus und der toxischen Einwirkung seiner Stoffwechselprodukte.

[1] Vortrag angemeldet für die dermatologische Sektion der 73. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Hamburg.

Derselbe kann, wie Garrè experimentell nachwies, sich als noch unschädlicher Parasit im Follikeltrichter befinden und auch bei unverletzter Haut durch energisches Frottieren in Haarbälge und Talgdrüsen und von da weiter nach der Tiefe und Umgebung eindringen (s. *Handb. d. prakt. Med.* 1900, Bd. II, S. 171, Neisser). Daher ist die Gefahr, dafs sich vom Karbunkel aus schwere Komplikationen entwickeln können, von jeher erkannt worden. Von solchen nenne ich hier nur die Venenthrombose, Meningitis, den Diabetes mellitus und insipidus. Ob der Karbunkel hier freilich die Ursache für die konstitutionelle Erkrankung ist oder nur als deren Folge auftritt, ist bisher unentschieden. Aber auch mit einer Reihe von Erkrankungen des Gastro-Intestinaltraktus ist der Karbunkel vergesellschaftet, sei es als Vorläufer, sei es als Begleiterscheinung derselben, sei es als Folge. Es existieren zahlreiche Beobachtungen, wo nach dem Genufs von schlecht gewordenen Nahrungsmitteln, schlechtem Korn, gesalzenem oder geräuchertem Fleisch bei Soldaten oder Gefangenen etc. oder nach dem Genufs von schmutzigem Sumpfwasser Karbunkel entstanden sind. Auch bei chronischem Magenkatarrh, im Rekonvaleszenzstadium von exanthematischem und Abdominaltyphus ist er beobachtet worden (s. Eulenburg, *Realencyklopädie d. ges. Heilkunde.* VII, S. 372 ff.). Alle diese Momente habe ich mir gestattet, hier noch einmal zu rekapitulieren, weil sie bei dem vorliegenden Falle eine Rolle zu spielen scheinen.

Am 27. März 1899 wurde ich zu einem 44jährigen unverheirateten Schmied wegen Blasenbeschwerden gerufen. Dieselben bestanden in Schmerzen beim Wasserlassen, Urindrang und trübem Urin. Der aufserordentlich gut genährte, untersetzte Mann, einziges Kind, dessen Vater mit 48 Jahren vermutlich an Tb. gestorben (Auswurf, Hämoptoe), dessen Mutter 82 Jahre alt geworden, war schon seit fünf Wochen bettlägerig, und zwar wegen eines weit ausgedehnten Karbunkels, welcher von einem Kollegen lege artis chirurgisch behandelt worden ist. Früher hatte Patient schon häufig durch zahlreiche Furunkel auf der Schulter zu leiden gehabt; so will er deren einmal 22 gezählt haben. In den letzten Jahren klagte er auch über Erscheinungen von Magendarmkatarrh: Druck im Unterleib, saures Aufstofsen, Appetitlosigkeit etc. Sonst war Patient von Krankheiten bisher verschont geblieben.

In der linken Lumbargegend ist die über Handtellergröfse ausgedehnte, in der Vernarbung begriffene Karbunkelfläche sichtbar. Die wegen der erwähnten Blasenbeschwerden vorgenommene Urinuntersuchung ergiebt einen gleichmäfsig trüben, dunkelrot gefärbten Urin. Reaktion sauer. Spezif. Gewicht 1023. Menge etwa $1^1/_2$ Liter. Zahlreiche weifse und rote, teils gut erhaltene, teils der Zerstörung anheimgefallene Blutkörperchen, reichlich Eiweifs, etwa 1%, geschwänzte Epithelien, hyaline und Epithelcylinder. Die anale Untersuchung zeigt eine geschwollene, allseitig ver-

gröfserte Prostata. Dieselbe fühlt sich prall elastisch an. Ihre Betastung wird schmerzhaft empfunden, auf Druck entleert sich aus dem Orificium externum ein profus eitriges Sekret, das, wie hier gleich erwähnt sei, frei von Gonokokken war. Temperatur 39° R. Zu bemerken ist noch, dafs der vorher behandelnde Kollege noch neun Tage zuvor den Urin völlig frei von Eiweifs gefunden hat. Ich verordnete neben Milchdiät: Wildunger, Salol und Clysma. Gegen die Sekretion aus der Harnröhre verordnete ich vorläufig nichts. Denn es handelte sich nach der rektalen Palpation offenbar um einen in die Urethra durchgebrochenen Prostataabscefs, dessen Sekret sich teils in die Blase entleert und dort die Cystitis verursacht, teils aber auf Druck vorn am Orificium externum sichtbar wurde. Nach etwa acht Tagen kam es unter beträchtlichem Fieber, 39,6° R., zur rechtsseitigen Epididymis, die nach einigen Tagen abscedierte. Incision, Drainage, tägliche desinfizierende Ausspülung. Der Urin begann jetzt allmählich sich aufzuklären und zwei Wochen nach der Incision war er vollständig klar, frei von Eiweifs, Zucker und auch frei von pathologischen Elementen.

Damit wäre die Krankengeschichte dieses Falles beendet, wenn nicht einige Zeit später Krankheitserscheinungen aufgetreten wären, welche eine so grofse Ähnlichkeit mit den geschilderten haben, dafs sie naturnotwendig in irgend einem Abhängigkeitsverhältnis zu ihnen zu stehen scheinen, jedenfalls aber verdienen im Zusammenhang mit ihnen genannt zu werden. Im November 1900 erkrankte Patient nach der Schilderung seines Hausarztes an einer heftig einsetzenden Appendicitis. Einen Monat später, nachdem dieselbe in Heilung überzugehen begann, bekam er auf der rechten Lumbargegend vollständig symmetrisch an derselben Stelle, wie früher links, ein Karbunkel von ganz derselben Ausdehnung wie das erste Mal. Wiederum chirurgische Behandlung. Darauf rechtsseitige Ischias, welche sich unter üblicher Medikation besserte, jedoch bis heute noch nicht gänzlich abgeheilt ist.

Bei der Frage nach dem Zusammenhang der geschilderten Krankheitserscheinungen kommt ungezwungen als primärer Infektionsherd für Harnröhre, Blase, Nieren und Hoden zunächst der Prostataabscefs in Betracht. Denn meine Erfahrung hat mich gelehrt, wie ich auf dem XIII. internationalen medizinischen Kongrefs in Paris dargethan habe,[2] bei Eiterungen aus der Harnröhre scheinbar unmotivierter Provenienz stets die Prostata zu verdächtigen. Eine frische Gonorrhoe war hier übrigens nach der Aussage des behandelnden, sehr sorgfältigen und erfahrenen Kollegen bei dem schon seit Monaten ans Krankenbett gefesselten Patienten ausgeschlossen. Im Sekret wurden auch keine Gonokokken gefunden. Es

[2] Section de chirurgie urinaire. Comptes rendus S. 274 u. 275. XIII. Congrès international de médicine Paris 1900.

bestand lediglich aus Eiter. Der Prostataabscefs war dann in die Urethra durchgebrochen. Der Eiter war teils in die Blase geflossen und hatte die infolge des behinderten Abflusses, welche die geschwollene Prostata verursachte, hierfür unter günstigen Bedingungen stehende Blase infiziert, teils hatte er sich in die Urethra entleert und war auf Druck am Orificium externum sichtbar. Ebenso war er nach dem Durchbruch durch den Ausführungsgang des Ductus ejaculatorius aufs Vas deferens übergegangen und hatte zur abscedierenden Epididymitis geführt. Die Prostata selbst ist offenbar auf dem Blutwege durch Metastase der Zerfallsprodukte des Karbunkels infiziert worden. Sicher sind solche Fälle auch früher schon beobachtet worden, obwohl ich in der ganzen mir zugänglichen Litteratur keinen solchen beschrieben finde. Er gewinnt deshalb hier ein erhöhtes Interesse, weil nachzuweisen ist, wie in diesem Falle von der Prostata ausgehend der ganze Urogenitaltraktus der Infektion verfiel. Denn für die Wahrscheinlichkeit, dafs auch die Nieren rückläufig durch die Ureteren infiziert worden sind, spricht einerseits der Umstand, dafs dieselben noch drei Tage vor meinem Eintreffen trotz längere Zeit schon bestehenden trüben Urins und Harndrang mikroskopisch und klinisch für intakt befunden worden sind, andererseits dafs kurze Zeit nach Entleerung des Hodenabscesses und Reinigung der Wunde mit dem klaren Urin sämtliche auf Nierenbeteiligung deutende pathologische Elemente aus ihm verschwanden. Indes sind die Ansichten darüber, wie die Infektion bei Pyelonephritis zu stande kommt, noch keineswegs geklärt und das Urteil feststehend. So beobachte Graf[3] zwei Fälle von Pyelonephritis, deren Ursache in einem Falle das Bacterium coli und im zweiten Falle ein diesem ähnlicher Bacillus war. Es liefs sich weder der Ursprungsort noch die Bahn, die sie benutzten, um ins Nierenbecken zu kommen, eruieren. Bazy[4] ist der Ansicht, dafs die Infektion der Nieren bei der sogenannten aufsteigenden Pyelonephritis in der Mehrzahl der Fälle durch die Blutgefäfse und nicht durch die Ureteren erfolgt. Er bestätigt die Versuche von Lewin und Goldschmidt, aber die in die Blase injizierte Farbflüssigkeit dringt nach seinen Versuchen in den Harnleiter nicht bei Überausdehnung der Blase, sondern im Gegenteil, wenn diese nur 15—20 g enthält, auf die Injektion reagiert und Cylinderform annimmt.

Die Wahrheit dürfte wohl, wie immer, in der Mitte liegen. Nur von Fall zu Fall wird man ein Urteil über die Herkunft der Pyelonephritis sich bilden können. — Noch möchte ich auf einen gewissen Zusammenhang zwischen Darmaffektion und Karbunkel hinweisen, der in den jüngsten Publikationen öfters erwähnt wurde und der hier wieder in die Augen springt.

[3] Bakterienbefunde bei primärer Pyelonephritis. *Dtsch. med. Wochenschr.* 1896. No. 38.

[4] Bazy, *Centralbl. f. Chir.* 1897.

Versammlungen.

Verhandlungsbericht der Dermatologischen Sektion der 73. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Hamburg vom 23.—26. September 1901

von Dr. med. Hopf, Spezialarzt für Hautkrankheiten in Dresden.

Erster Verhandlungstag.

Neisser-Breslau beginnt die Verhandlungen mit seinen Beobachtungen über **die Beziehungen der Tabes zu voraufgegangenen Merkurialkuren.** Fournier hat eine Statistik zusammengestellt, welche 445 Fälle sicherer Tabes umfaßt. Von diesen haben 254 Personen = 57% niemals eine Spur von Quecksilber bekommen. 173 Patienten oder 38,9% haben nur eine einzige spezifische oder mehrere verzettelte Pillenkuren durchgemacht, während eine wahrhaft gute Behandlung nur bei 4% der Tabesfälle zu konstatieren war. Neisser fand ähnliche Verhältnisse: In 53,6% der Tabesfälle war niemals Merkur gegeben worden, in 41% nur in beschränktem Maße, wogegen nur 5% der Kranken wirklich gute Behandlung mit Quecksilber genossen hatten. Es kann also das letztere nicht die Ursache der Tabes sein, ebenso wie man aus der Thatsache, daß es einzelne Länder zwar mit Tabes aber ohne Lues und Merkur giebt, auf das Widersinnige dieser Hypothese schließen kann. Auf der anderen Seite geht jedoch aus den genannten Zusammenstellungen hervor, daß es auch Fälle giebt, in denen die Quecksilbermedikation nicht vor dem späteren Auftreten von Tabes schützt. Prophylaktisch könne man vielleicht durch andauernde Jodgaben nützlich wirken. Das Jod — hier kann man auch das Jodipin mit gutem Vertrauen probieren — sei zwar auf Prozesse der sekundären Periode ohne direkten Einfluß, allein es schütze möglicherweise der chronische Jodismus gegen das Auftreten tertiärer Affektionen.

Engel-Reimers-Hamburg betont im gleichen Sinne, wie Neisser sich ausgesprochen, die Beobachtung, daß man selten bei Prostituierten Tabes finde. Die Prostituierten sind aber gerade eine Patientenklasse, unter der wohl kein Individuum von Quecksilberkuren frei geblieben ist. Des weiteren bemerkt Engel-Reimers, daß die „tabische Jungfrau", nach der aus ätiologischen Gründen so lange gesucht worden ist, nun gefunden sei, und berichtet über diesen auf seiner Abteilung behandelten Fall.

Blaschko-Berlin fragt an, ob hereditäre Lues dabei sicher auszuschließen ist; er legt mehr Wert als auf alle Statistiken auf eine lange dauernde Beobachtung der einzelnen Individuen. Auch giebt er der Vermutung Ausdruck, daß es einer besonderen Vulnerabilität des Nervensystems bedürfe, um nach Lues Tabes zu acquirieren.

Arning-Hamburg führt eine Beobachtung an, die für die vorliegende Frage von Interesse ist. Er hat augenblicklich in seiner Behandlung eine Familie, den Vater, die Mutter und einen achtjährigen Sohn, bei denen sich im dritten Jahre nach der syphilitischen Infektion eine beginnende Paralyse eingestellt hat. Es muß sich in diesem Falle wohl um eine besondere Syphilis handeln.

Gegenüber Blaschkos Anfrage bemerkt Engel-Reimers, daß es eine Syphilisaffektion der Frühperiode, die direkt auf die Nerven fällt, nicht giebt. Stets ist, wie z. B. bei der Ophthalmoplegie, der Neuroretinitis als Mittelglied eine Endarteriitis oder Mesarteriitis vorhanden. Blaschko glaubt, daß bei jeder Lues eine direkte

Schädigung des Nervensystems geschieht und stützt sich auf Finckers Untersuchungen. Neisser wendet sich gegen diese Ansicht Blaschkos.

Müller-Wiesbaden berichtet über einen Fall von ausgesprochener **sequestrierender gummöser Knochensyphilis.** Der 30jährige Kranke machte anfangs ein sehr rebellisches kleinpapulöses Syphilid durch. Nach zwei Jahren zeigte sich eine das Gesicht ganz entstellende Schwellung der Submaxillardrüsen, die einer primären syphilitischen Erkrankung des Antrum Highmori entsprach. Nach einer energischen kombinierten spezifischen Kur verschwand diese Affektion, um später einer ausgedehnten Caries des Nasenbodens, des Munddaches und des oberen Processus alveolaris der einen Seite Platz zu machen. Der Sequester, welchen der Redner demonstriert, erreicht eine ansehnliche Größe. Seine Entfernung geschah nach einer weiteren spezifischen kombinierten Kur. Bald darauf stellte sich eine Caries des Vomer und der linken unteren Muschel ein, noch später nach Abheilung dieses Prozesses eine Entzündung des Sinus frontalis mit Sequesterbildung. Das weitere Schicksal des Mannes ist abzuwarten.

Galewsky-Dresden beobachtete und operierte erfolgreich eine **Plaque indurée** des Penis (Penisknochen). Es handelte sich um einen 48jährigen Mann, dessen Penisknochen, 4 cm lang, sattelartig zwischen und auf den beiden Corpora cavernosa aufsafs. Er verursachte dem Kranken täglich 6—8 schmerzhafte Erektionen, die stets mit einer Knickung des Penis verbunden waren. Die Affektion soll ganz plötzlich in einer Nacht mit Schmerzen aufgetreten sein. Da trotz aller symptomatischen Kuren keine Besserung der Erscheinungen auftrat, entschlofs man sich zum operativen Eingriff. Die Entfernung der eine fibröse, bindegewebige Masse darstellenden und einen Eindruck in die Corpora cavernosa penis hinterlassenden Plaque geschah unter Blutleere des Penis nach Esmarch. Glatte Heilung per secundam intentionem. Kein Rezidiv innerhalb zweier Jahre. Engel-Reimers bemerkt, dafs sich diese Penisknochen meist ganz allmählich und unmerklich entwickelten. Zudem liege die Plaque sclereuse in den meisten Fällen nicht auf und zwischen den Corpora cavernosa, sondern bilde einen Teil derselben. Neisser schliefst sich dieser Ansicht an, hält es aber doch für möglich, dafs die Erkrankung der Fascien das Primäre bei dieser Affektion sei. Arning beobachtete kürzlich einen ähnlichen Fall wie Galewsky. Es war dabei die Plaque indurée bei völlig normalen Schwellkörpern in erschlafftem Zustand des Gliedes frei beweglich. Blaschko glaubt, dafs die Tunica albuginea der Sitz der Krankheit sei, also die Rindenschicht der Schwellkörper affiziert sei.

Kulisch-Halle spricht über **die Genese der Gummata** und berichtet über einen Fall von Auftreten verschiedener Gummen in loco, im Anschlufs an glutäale Injektionen von Hydrargyrum salicylicum. Er gedenkt, eventuell später noch auftretende derartige gummöse Bildungen operativ zu entfernen. Chotzen warnt vor einer Operation und betont, man dürfe Gummen und Gewebsveränderungen nach Quecksilbereinspritzungen nicht identifizieren. Sack-Heidelberg rät, vor einem operativen Eingriff doch das Zittmanndekokt zu probieren. Neisser führt einen analogen Fall wie Kulisch bei einem Kavallerieoffizier, Hahn-Hamburg ebenfalls einen Fall an. Hahn-Bremen glaubt, dafs es sich bei allen diesen Patienten um vorgetäuschte Gummen handle. Dafs in einem der Knoten noch Merkur durch Kulisch nachgewiesen sei, beweise nichts. Seien doch auch Spuren von Quecksilber in alten luetischen Narben nachweisbar. Strauss-Görlitz sah zwei ähnliche Fälle wie Kulisch; Grouven-Bonn dagegen, der an der Doutrelepontschen Klinik etwa 10000 Injektionen von Merkursalicylat registrierte, hat nie ähnliche Beobachtungen gemacht. Menge-Kassel sah einen solchen Fall bei etwa 8000 von ihm vorgenommenen gleichen Einspritzungen.

Blaschko spricht über **Thrombophlebitis nodularis syphilitica.** Dieselbe

zeigt sich in der Form multipler zehnpfennigstückgroßer, in der Mitte resistenter, sonst den Efflorescenzen des Erythema multiforme nicht unähnlicher, reihenweise im Gesicht angeordneter Erytheme. Die Papeln, welche periphlebitische Infiltrate darstellen, sind unter der Hautoberfläche verschieblich.

Oppenheim und Löwenbach-Wien, aus der Neumannschen Klinik, berichten über **Blutuntersuchungen bei Syphilitischen mit besonderer Berücksichtigung des Eisengehaltes.** Oppenheim hat etwa 400 Blutuntersuchungen vorgenommen und kommt zu dem Schlusse, daß die Ferrometerzahl, die in der Norm 90% beträgt, beim syphilitischen Mann bis auf 80% und bei der syphilitischen Frau bis auf 70% vermindert sei. (Hämometer- und Ferrometerzahlen entsprechen sich beim normalen Menschen.) Die Ferrometerzahl ist am niedrigsten während der Periode des Hautausschlags, wo sie bis auf 50% sinkt. Die Quecksilberbehandlung ändert diese Verhältnisse nicht. Auch der Hämoglobinverlust war bei eintretender Lues und besonders zur Zeit der Proruption ein bedeutender, während die Zahl der Blutkörperchen stets gleich blieb, ob das Individuum nun Lues hatte oder nicht, ob es spezifisch behandelt worden war oder nicht. Winkler-Wien bemerkt, daß auch das Harneisen mit in die Berechnung eingezogen werden müsse. Es verhalte sich das Harneisen quantitativ zum Bluteisen wie 1 : 100.

Arning berichtet über seine Erfolge mit **Gefrierbehandlung des Ulcus molle und Lupus vulgaris.** Nach dem Vorgange eines dänischen Kollegen, Detlevsen, behandelt er neuerdings erfolgreich das weiche Schankergeschwür und den Lupus vulgaris mit täglich einmaligem, zwei Minuten langem Frierenlassen mittels Äthylchlorid. Freund glaubt, daß dabei nicht die Kältewirkung, nicht die bakterizide Fähigkeit der Kältegrade, sondern die sekundäre reaktive Entzündung die Ursache der von Arning beobachteten Heilungen sei. Arning wird diese Methode auch bei Kankroidbildungen in Anwendung bringen.

Stein spricht über **die Behandlung schwer zu passierender Strikturen** ohne wesentlich neues zu bringen. Er empfiehlt die Bougie à demeure, bis Charrière No. 20 erreicht ist, was in etwa sechs Tagen zu geschehen pflegt. Das Urinieren geht neben der Dauersonde vorbei ganz vortrefflich. Für die ersten Tage ist Bettruhe empfehlenswert. Tritt Blasenkatarrh auf, so ist gerade hier das Urotropin von glänzendem Erfolg. Ernst Frank-Berlin ist im allgemeinen gleicher Ansicht, glaubt aber neben der internen Urethrotomie das elektrolytische Verfahren empfehlen zu sollen.

Zweiter Verhandlungstag.

Ullmann-Wien bespricht bei **Behandlung der Sklerodermie** einen Fall, bei dem nach Einspritzungen von Thiosinaminlösung eine direkte Verschlimmerung der Sklerodermie eintrat. Besonders bemerkenswert sei die Eigenschaft dieses Medikaments, die Bewegung der Lymphabsonderung anzuregen. Letztere Eigentümlichkeit sieht Chotzen-Breslau geradezu als die Ursache der Thiosinaminwirkung an, wie ja Hans von Hebra schon vermutet habe. Galewsky sah in 2 von 3 Fällen von **Keloid** nach Einspritzungen, sowie Applikation von Salben und Pflastern von Thiosinamin Besserung, aber nicht Heilung.

Lassar-Berlin verbreitet sich über die **Therapie des Cancroids mit interner Arsenanwendung.** Diese kurative Beeinflussung ist natürlich hauptsächlich im Stadium des Beginns, wo am häufigsten wir Dermatologen diese Fälle zu Gesicht bekommen, möglich. Daß man nur durch innere Medikation einen derartigen malignen Tumor heilen könne, diese Erfahrung machte der Vortragende gelegentlich bei einer alten Frau, deren enormes Cancroid bei einer aus experimentellen Gründen vorgenommenen Arseneinspritzungskur sich zusehends besserte und zuletzt heilte. Er versuchte im

Laufe der Jahre eine ansehnliche Zahl von Cancroiden auf diese nicht chirurgische Weise zur Heilung zu bringen. In jedem einzelnen Falle wurde die Diagnose vorher durch die histologisch-mikroskopische Untersuchung gesichert. Auch Köbners Erfahrung bezüglich der Einwirkung von längerer Arsendarreichung auf Cancroide und Sarkome ähneln denen Lassars. Zum Schlufs zeigt letzterer]Moulagen und Diapositiv-Photogramme der behandelten Patienten vor und nach der Kur. Die Quantitäten des bis zur Heilung benötigten Arsens schwanken in den einzelnen Fällen sehr. In einem der vorgestellten Fälle betrug die gesamte Dosis 0,1 Acidum arsenicosum.

Chotzen verbreitet sich über die **Injektionsbehandlung** der Syphilis, anknüpfend an einen von ihm operativ aus der Tiefe des Gesäfses entfernten Tumor, dessen erste Anfänge zwei Wochen nach einer vor sechs Jahren durchgemachten Einspritzung von Thymolquecksilber auftraten. Im zentralen Einschmelzungsgebiet der Geschwulst, deren periphere Partie eine bindegewebige Kapsel darstellte, konnte Redner noch Spuren von Hydrargyrum thymolicum nachweisen. Diese auffallend langsame Resorption des Mittels hängt von der Dicke der Kapsel ab und den sekundären Veränderungen im Gefäfsgebiet. Im Hinblick auf diesen Fall und zwei von ihm kurz nacheinander gesehene Lungenembolien nach Einspritzung unlöslicher Salze ist Chotzen ein Gegner dieser Methode und verlangt von den Chemikern die Darstellung solcher löslicher Quecksilberpräparate, welche an Schnelligkeit der Wirkung etwa das Kalomel erreichen. Müller-Wiesbaden und Galewsky betonen, dafs man nicht überall mit den Einreibungen zum Ziele kommen könne, zum Beispiel wenn die Kranken an Ichthyosis und anderen Affektionen der Haut leiden, die eine Quecksilberaufnahme durch sie hindurch ausschliefsen. Auch verhalten sich einzelne Patienten direkt refraktär gegen Inunktionen, während auf Einspritzungen die krankhaften Symptome sofort weichen. Lassar verweist auf die löslichen Merkursalze, allen voran das Sublimat; Richter-Berlin empfiehlt nach Lukasiewicz alle 4—5 Tage eine Pravazspritze 5prozentiger Sublimatlösung zu injizieren, verschweigt aber nicht die Schmerzhaftigkeit dieser Injektionsmethode. Galewsky hebt die Promptheit und Nachhaltigkeit der Kalomelinjektionen hervor, während Ullmann-Wien für das Oleum cinereum eine Lanze bricht. Das neuere Präparat sei tadellos in seiner Beschaffenheit und aufserordentlich wirksam bei allen jenen Fällen von schwerer Lues, die Einreibungen nicht vertragen. Lassar lehnt jede Methode ab, die unter Umständen, wenn auch selten Gefahren bringt, sofern wir andere zum gleichen Ziele führende Wege haben. Gegenüber Richter bemerkt er, dafs von ihm schon vor Lukasiewicz die seltener vorzunehmenden Einspritzungen mit höher prozentuierten Sublimatlösungen empfohlen worden sind. Grouven sah bei 9000 an der Bonner Hautklinik vorgenommenen Einspritzungen mit Quecksilbersalicylat nur 2—3 mal vorübergehende Embolien. Kulisch-Halle wirft den löslichen Salzen vor, dafs sie wohl schneller, aber weniger andauernd wirken, wie man am Hydrargyrum sozojodolicum sehen könne. Schiff-Wien zieht für die frischen Stadien der Lues lösliche Salze vor, um für spätere Perioden zu den unlöslichen Salzen zu greifen. Ob ein Mittel rasch wirke oder langsamer, das liege weniger an der Art des Quecksilberpräparats, sondern in der individuellen Verschiedenheit des Patienten. Matzenauer-Wien bezweifelt die grofsen Vorzüge der unlöslichen Merkurpräparate und verweist auf das jetzt an der Klinik Neumanns ausgedehnt im Gebrauche stehende Hydrargyrum succinimidatum in 2prozentiger Lösung. Gleichviel gegen welches syphilitische Symptom es angewendet werde, prompt am fünften Tage sei dasselbe geschwunden. Das Succinimidquecksilber hat auch noch den Vorteil, dafs man ihm Kokain zusetzen kann, ohne dafs Fällungen auftreten. Die Einspritzungen sind schmerzlos. Der Referent vermag sich der Empfehlung dieses Präparats nur anzuschliefsen Nach Blaschko führen verschiedene Wege nach Rom. Gegenüber Kulisch

bemerkt er, daſs zweifellos die Injektionen unlöslicher Salze am schnellsten wirken, ja ihre Wirkung noch schneller entfalten, als es bei intravenösen Einverleibungen von Quecksilberpräparaten der Fall ist. Bei Leuten, die immer wieder Infiltrate nach Einspritzungen akquirieren, sieht BLASCHKO ganz von letzteren ab. Es ist nach ihm auch ganz falsch, die Glutäen nach Vornahme der Injektion zu massieren, weil dadurch Blutung und Bluterguſs nur vermehrt wird, was wir vermeiden müssen. Einige Zeit später kann die Massage der betreffenden Stelle aber mit Nutzen vorgenommen werden.

Auf LASSARS Anfrage erwidert BLASCHKO, daſs er seinen Mercolintschurz fast ausschlieſslich als Nachkur, bei unterbrochenen Kuren oder bei ganz leichten spezifischen Symptomen, zum Beispiel wenn sie kurze Zeit nach anderen Kuren auftreten, in Anwendung bringe. Auch lokal verwendet er ihn mit bestem Erfolge, ähnlich wie graues Pflaster, bei Sklerosen, Hodenpapeln, Psoriasis palmaris und plantaris.

SCHIFF demonstriert einen hauptsächlich aus Mosetigbattist, einem weichen, elastischen Stoff, bestehenden und bei Bandagist Turinsky-Wien erhältlichen, äuſserst praktischen **Verband fürs Perineum**, der auch recht sinnreich befestigt wird und gut sitzt, ohne dem Patienten irgendwelche Beschwerden zu verursachen.

SACK-Heidelberg berichtet über **Übertragbarkeit der Spätsyphilis in der Ehe**, anschlieſsend an einen Fall aus seiner Praxis. Ein Patient, der vor 10 Jahren seine erste Kur durchgemacht hatte, erkrankte 4 Monate nach dem letzten matrimoniellen Coitus an einer ulcerösen Geschwulst und infizierte seine Ehefrau mit recenter Syphilis.

GALEWSKY demonstriert zwei **Silberseifen**, wie sie von der chemischen Fabrik von Heyden aus Silberkaseïnat hergestellt werden, erstens einmal Stückseife, dann flüssige Seife. Sie ist stark antiparasitär und mit Erfolg bei parasitären Ekzemen, Pityriasis rosea Gibert, Staphylokokkendermatosen und ähnlichen Affektionen zu verwenden. Eine milde Salbe giebt eine Mischung von 75% der flüssigen Seife und 25% Unguentum leniens.

RICHTER-Berlin giebt einen historischen Rückblick über die Verwendung der **Jodtinktur in der Syphilistherapie**. Der Redner giebt 3mal täglich 10—30 Tropfen in Kaffee oder Rotwein, doch wurden auch über diese Maximaldosis hinaus Quanten von 3mal täglich 50 Tropfen bei 26% seiner angezogenen Kranken gut vertragen. Von seinen 120 Patienten vertrugen einzelne bis 153,65 g Tinctura jodi, das sind also über 15 g Jod. Die Maximaldosis für Jod, so fordert Redner, müſste entschieden auf eine gröſsere Höhe ausgedehnt werden. Die Jodtinktur ist, was für die Praxis von Bedeutung erscheint, billiger als das Jodkalium. Sie wird in der Wirksamkeit auch durch die 10prozentige **Jodvasogene** erreicht.

HONCAMP-Berlin empfiehlt eine neue **Wachspaste** aus Wachs, Benzin und Zinkoxyd, die sich mit Benzin gut abwaschen läſst.

DREYER-Köln demonstriert einen aus 6 vertikalen, unter sich verbundenen Schenkeln bestehenden **Glasapparat zur Dreigläserprobe**.

MATZENAUER-Wien zieht vergleichende Schlüsse über die Krankheiten **Noma und Nosokomialgangrän**. Er kommt zu dem Schlusse, daſs beide Affektionen wohl identisch sind. Noma galt bisher als ein nicht infektiöser Prozeſs. Es sind aber schon aus dem 16. und 17. Jahrhundert Nomaepidemien berichtet worden, bei denen bis 200 Kinder befallen waren. Noma kommt, abgesehen von der Prädilektionsstelle, dem Gesicht, und zwar der Wange, dem äuſseren Gehörgang und dem harten Gaumen, hauptsächlich in der Analgegend vor, wo ja auch nach den Beobachtungen MATZENAUERS der Hospitalbrand so häufig lokalisiert ist.

Die Nachmittagssitzung des zweiten Verhandlungstages fand in Unnas Dermatologicum in Eimsbüttel statt. Vor der Sitzung demonstrierte Plaut-Hamburg den **Einfluſs der Haut auf den Polymorphismus der Dermatomykosenerreger** in einem besonderen Saale an ganz ausgezeichneten Kulturen.

Bonne-Klein-Flottbek verbreitet sich über **die klinische Bedeutung des Ekzema seborrhoicum Unna**. Aus seinen Ausführungen ist besonders die Hypothese bemerkenswert, daſs die Ekzemerreger, ob nun Morokokken oder andere Kokken, eingeatmet der Anlaſs zu Schnupfenkatarrhen und Nasenrachenwucherungen werden können. Bonnes Beobachtungen erstrecken sich auf 120 Familien, in denen er als Hausarzt fungiert. Noch kein Fall von adenoiden Vegetationen wurde von ihm in diesen Familien gesehen, der nicht auch ekzematöse Faktoren aufgewiesen hätte. Eine zweite Hypothese, die sich auf der Hypothese des Übergreifens des Ekzems — unter anderer Modifikation — auf die Mucosa aufbaut, ist die folgende: Bonne nimmt an, daſs möglicherweise von dieser erkrankten Schleimhaut toxische Stoffe resorbiert werden, die auf das Nervensystem krankmachend einwirken. Durch diese Erklärung will Redner ein Bindeglied zwischen Neurosen und Dermatosen herstellen. Ein gewisser kausaler Zusammenhang bestehe fraglos zwischen Ekzem und Asthma, sowie Ekzem und Gicht. Neu war die Behauptung, daſs die meisten Krebskranken alte Gichtiker oder Ekzematiker seien.

Hochinteressant waren die folgenden Mitteilungen von Bockhart-Wiesbaden und Bender-Wiesbaden über die **Ätiologie des Ekzems**. Der dritte im Bunde der Untersucher, Gerlach, war nicht in Hamburg anwesend. Nach ihren gemeinsamen Experimenten und Beobachtungen, die an die Verhandlungen des letzten Pariser Kongresses über die Ekzemätiologie anknüpfen, sind nicht sämtliche primären Ekzembläschen steril. In jenen, welche sich über den Follikeln entwickeln, finden sich stets Mikrobien und besonders Staphylokokken. Sowohl den albus wie den aureus gelang es dorther zu züchten. Es glückte nun dem Redner aus den Staphylokokken ein Toxin herzustellen, das Staphylotoxin, welches spontan Ekzem hervorrufen kann. Staphylotoxin ist in hohem Grade toxisch, so daſs Bockhart bei einem Wechsel eines Staphylotoxinverbandes einen Kollaps bekam. Neben diesem Toxin enthalten die Staphylokokken noch das Staphyloplasmin, von dessen Gehalt es abhängt, ob sich eine Pustel bildet oder ob es bei der serösen Borke bleibt. Bender demonstriert der Versammlung seinen Arm, an dem er sich vor etwa 24 Stunden mit Staphylotoxin infiziert hatte. Es zeigte sich eine etwa handtellergroſse Fläche der Haut gerötet und mit kleinsten Ekzempapeln bedeckt. Unna-Hamburg bemerkt ebenfalls, daſs nach Versuchen Wards an seiner Klinik allerdings nicht alle Bläschen amikrobiell sind, nämlich jene nicht, welche sich über Follikeln befinden. Hinsichtlich Bonnes Mitteilungen weist er auf die auſserordentliche Verbreitung der Seborrhoe, so daſs man aus dem Vorkommen gleichzeitiger anderer Affektionen nur mit Vorsicht Schlüsse ziehen dürfe. Matzenauer-Wien bezweifelt, ob man es bei der an Kollegen Bender sichtbaren Dermatose mit Ekzem zu thun hat. Er möchte dieselbe eine artefizielle Dermatitis nennen. Demgegenüber hält Bockhart dafür, daſs man es allerdings mit dem Anfangsstadium eines Ekzems zu thun habe. In diesem Entwicklungsstadium sei ja eine Differenzierung beider Affektionen unmöglich. Es werde sich aber nach seiner Erfahrung ein wahres Ekzem daraus entwickeln. Die Ekzeme, welche er mit Gerlach und Bender durch Staphylotoxinverbände, welche verschieden lange liegen bleiben, hervorzurufen vermochte, wiesen alle klinischen Symptome des wirklichen Ekzems auf und hatten eine Dauer von 3—6 Wochen.

Beck-Budapest spricht über **tinktorielle Injektion der interepithelialen und Bindegewebslymphräume der Haut und Cornea**. Er legt die in Celloidin ge-

härteten Schnitte in Pikrinsäure und Wasser und verdünnte alkalische Methylenblaulösung, dann in wässerige Pikrinsäurelösung; hierauf nacheinander in konzentrierte alkoholische Lösung von Pikrinsäure, in Öl und Balsam. Bei dieser Behandlung der Objekte zeigen sich die Saftlücken mit leuchtend roter Substanz angefüllt.

Merk-Graz spricht über **Lebensvorgänge der menschlichen Epidermis.** Er hat Höllenstein in eine amputierte Fingerbeere eingespritzt und eine solche in Lapislösung getaucht. Die Basalzellen färbten sich, sie dienen offenbar als Retentionszone. Unna betont, daſs Reduktion und Eindringen der Silbersalze nicht identische Dinge sind.

Freund-Wien verbreitet sich über **Dermatomyiasis** und fand als Ursache der Affektion, welche unter dem Bilde eines impetiginösen Ekzems auftrat, die Sarcophila Wohlfarti. Unter zwei Borken lieſsen sich 12 bezw. 22 Würmer konstatieren.

Oppenheim-Wien behandelt **einen vom Pediculus pubis gebildeten Farbstoff.** Letzterer wurde in den Zellen des Fettkörpers der Filzläuse nachgewiesen und ähnelt dem Biliverdin. Dieser grüne Farbstoff wird vom Pediculus pubis aus dem menschlichen Bluthämoglobin, wahrscheinlich vermittels eines Ferments der Speicheldrüsen des Tieres gebildet. Mit dem Einstich gelangt dies Ferment in die Haut des Menschen, durch deren Epidermis hindurch der neugebildete grüne Farbstoff stahlblau durchschimmert.

Dritter Verhandlungstag.

Blaschko bespricht die **Abortivbehandlung der Gonorrhoe** und warnt vor starken Lösungen, besonders starken Höllensteinlösungen. Primum officium-nihil nocere. Zur Abortivbehandlung genügt eine Protargollösung von höchstens 2% oder eine Albarginlösung von nicht mehr als 1% Konzentration. Die Dauer der Anwendung ist für beide drei Minuten.

Frank-Berlin weist darauf hin, daſs Fälle, in denen es nicht gelang, durch starke Lösungen den Ausbruch des Trippers zu verhindern, besonders schlecht im weiteren Verlauf zu sein pflegen. Die Unwirksamkeit abortiver Kuren hängt von drei Faktoren ab. Erstens handelt es sich in solchen Fällen um Läsionen, die nach gonorrhoischen Prozessen zurückgeblieben sind und die ein Herankommen des Medikaments an die gesamte erkrankte oder betroffene Schleimhaut verhindern (Strikturen, Infiltrate). Zweitens kann es sich um Fälle von Erkrankung drüsiger Adnexe kongenitaler oder acquirierter Natur handeln (paraurethrale Gänge, schlauchförmige Morgagnische Lakunen). Drittens kommen Infektionen der Urethra posterior in Betracht. Für gewöhnlich verwendet Frank die Janetspülungen zur Abortivkur, und zwar täglich zweimal. Meist schwinden dann die Gonokokken nach drei Spülungen, in frühzeitig zur Behandlung gekommenen Fällen schon nach einer Spülung. Seine Zusammenstellungen gaben Frank folgendes Resultat: Von 78 Abortivkuren gelangen 40, indem die Kranken nach höchstens drei Spülungen dauernd gonokokkenfrei wurden. 38 Kuren fielen negativ aus; 22mal war dabei schon die Urethra posterior mit Gonokokken infiziert, 16mal waren paraurethrale Gänge vorhanden.

Neuberger-Nürnberg giebt **kritische Bemerkungen zur Pathologie und Therapie der chronischen Gonorrhoe beim Manne.** Er wendet sich gegen Oberländer und Kollmann, welche die instrumentelle Diagnostik der Endoskopie überschätzten. Auch Buschke und Finger wiesen die Urethroskopie als alleinige diagnostische Methode zur Erkennung infektiöser Tripperreste entschieden ab. Nach ihm ist die mikroskopische Untersuchung der Filamente die Hauptsache. Löwenheim-Liegnitz warnt vor der frühseitigen Dilatation, auf welche häufig Strikturenbildung folge. Wossidlo-Berlin meint, die Endoskopiker seien an Angriffe der Nichtendoskopiker gewöhnt. Wenn ein Autor allerdings, wie er schreibe, kranke Harnröhrendrüsen nicht durch das Endoskop

sehe, so sei das seine eigene Schuld. Die Anhänger der Endoskopie untersuchen, wie Wossidlo betont, ebenfalls die Filamente, verachten aber auch die physikalisch-diagnostischen Methoden nicht. Dommer-Dresden verweist darauf, dafs es auch krankhafte Prozesse der Harnröhre ohne Filamentbildung giebt. Neisser erkennt die hohen Verdienste der endoskopischen Schule an, findet aber, dafs deren Lehrbücher nur die Endoskopie als diagnostisch wertvoll hinstellen, was entschieden nicht den Thatsachen entspreche. Galewsky und Ullmann-Wien können die Geringschätzung des Gonococcus durch Oberländer nicht gutheifsen und letzterer erklärt aus diesem Umstand die Herbheit der Kritik über die endoskopische Schule. Neuberger wünscht endlich Klarheit und bittet die Dilatationsfrage bei Gonorrhoe nicht von der Tagesordnung der Kongresse verschwinden zu lassen. Wossidlo glaubt, dafs es sich bei der Stelle des Oberländer-Kollmannschen Buches, welche sagt, dafs man gonorrhoische Prozesse als solche allein mittels des Endoskops diagnostizieren könne, wohl nur um eine in diesem Sinne ungewollte Redewendung der Verfasser handle. Honcamp-Berlin verwendet als Abortivum ganz schwach prozentuierte Urethralstäbchen von Protargol und Albargin, wobei er die Glans durch Kondoms schützt, um ein Abfliefsen der Stäbchenmasse hintanzuhalten. Levin dehnt die Abortivkur auf alle Fälle von Gonorrhoe bis zum vierten Tage der klinischen Erscheinungen aus. Er benutzt 2‰ige Protargollösungen und ½‰ige Albarginlösungen, doch sieht er überhaupt im mechanischen Moment die Hauptsache der Wirksamkeit, nicht im chemischen. In 33—35% der Fälle erzielte er unter obigen Verhältnissen die Abortion nach 2—3 Spülungen. Neisser zieht die Abortivmethoden nach Blaschko mit Injektionen den Spülmethoden vor. Für letztere würde er nur indifferente Kochsalzlösungen verwenden. Als ideales Abortivum empfiehlt er Glycerinlösungen von 2—3% Protargol und 5—10% Antipyrin. So erhält man zwar keine reizlose Wirkung, aber doch Schmerzlosigkeit. Das Antipyrin ist in diesem Sinn dem Kokain und Eukain bei weitem vorzuziehen. Galewsky schliefst sich Neissers Ansichten an. Bracht betont, dafs das wesentliche in den neueren Silberpräparaten ihr Höllensteingehalt sei. Wossidlo sah nach Anwendung 4%iger Protargollösung bei abortiven Kuren erstens heftige Schmerzen und zweitens baldiges Auftreten von Harnröhrenverengerungen. Stein-Görlitz verwendet mit gutem Erfolg bei der Gonorrhoe des Weibes Stäbchen mit 4% Protargol, beziehentlich ½—2% Ichthyol. Westberg-Hamburg läfst täglich einmal mit heifser 3%iger Borsäurelösung injizieren und morgens eine prolongierte Protargoleinspritzung vornehmen. Nach 10%igen Kokainlösungen sah er zweimal starke Schwellung der Harnröhre.

Schuster-Aachen berichtet über zwei Fälle von **Rheumatismus gonorrhoicus** mit Iritis, möglicherweise auch blennorrhoischer Natur.

Dommer demonstriert ein **Spülbecken**, welches eine gewisse Isolierung der Genitalien ermöglicht.

Frank zeigt einige neue beziehentlich modifizierte Instrumente, besonders einen **Spüldehner** mit drei Branchen, deren zwei oben liegen, eine unten. Auf diese Weise wird es möglich, die gerade hauptsächlich dorsal in der Urethra liegenden Drüschen mit der Spülflüssigkeit anzugreifen. Bezüglich dieses Spüldehners und eines Inzisionsinstruments für paraurethrale Gänge nimmt Wossidlo die Priorität für Kollmann in Anspruch.

Vierter Verhandlungstag.

Kienböck-Wien beginnt den Reigen der Redner mit Mitteilungen über **Methodik der Aktinotherapie**. Sjögren-Stockholm rät, solange zu bestrahlen, bis eine reaktive Dermatitis auftritt. Aufser bei Lupus erythematodes erzielte er auch bei Ulcus

rodens und Kankroiden gute Erfolge. Von zehn Cancroiden vermochte er fünf Fälle zur totalen Heilung zu bringen. Fünf Fälle sind noch in Behandlung.

Schiff-Wien verweist auf die **Bedeutung der Röntgenbestrahlung für die Haarkrankheiten**, wie sie zuerst von Freund so erfolgreich in die Dermatotherapie eingeführt worden sei. Schiff und Freund wandten die X-Strahlung als Depilatorium bei Hypertrichosis, Sykosis und Alopecia areata an. Man kann stets eine völlige Epilation erzielen, doch ist dieselbe nur eine temporäre. Nach kürzerer oder längerer Zeit kommen die Haare wieder, doch kann man dies durch erneute, chronisch intermittierende Strahlungen verhindern, wie die Erfahrungen der beiden Beobachter lehren. Sobald alle 6—8 Wochen Nachbehandlungen von 6—8 Sitzungen erfolgen, bleibt der neue Haarwuchs aus. Schiff sah Sykosisfälle von 12—15jähriger Dauer nach 14 Tagen geheilt. Eventuelle, übrigens seltene Rezidive schwanden schnell unter einer erneuten Bestrahlung. Ob die Sykosis eine sogenannte parasitäre oder nichtparasitäre ist, fällt quoad successum nicht ins Gewicht. Bei Favus macht sich eine längere Behandlung notwendig. Schiff zeigt die Abbildung eines solchen Falles mit einer schon mehr als zwei Jahre dauernden Heilung. Die Behandlung mit X-Strahlen betrug sechs Wochen. Ebenso lange Zeit braucht man zur Heilung des Herpes tonsurans capitis crinosi. Bei Alopecia areata vermochte Redner keinen Haarnachwuchs zu erzielen. Schiff verwendet stets harte Röhren, welche zwar nicht so kräftig und schnell wirken wie die weichen, dafür aber auch deren Gefährlichkeit nicht besitzen. Mit harten Röhren hatte er niemals irgendwelche Reaktionen, während eine probeweise Benutzung weicher Röhren sofort unangenehme Zufälle im Gefolge hatte.

Grouven-Bonn berichtet über 53 Fälle von **Lupus und Skrophuloderma**, welche in der Doutrelepontschen Klinik bis täglich einmal mit weichen Röhren bestrahlt wurden. Die kosmetischen und kurativen Resultate waren befriedigend, wenn auch die Dauer der Behandlung eine relativ lange war und Rezidive vorkamen. Man verwendet in Bonn eine Art „intermittierender Röntgenbestrahlung". Der Lupus darf nur so wenig bestrahlt werden, daſs die Gefäſse noch nicht mit alteriert werden. Sonst erhält man die gefürchteten Röntgenulcera. Der Vorgang der Reaktion des lupösen Gewebes ist folgender: Erst Hyperämie, leukocytäre Infiltration von der Peripherie nach innen zu gehend. Lebhafte Wucherung des Bindegewebes. Die Kerne zerfallen nach Verlust ihrer Färbungsfähigkeit und es kommt zu Narbengewebe.

Hahn-Hamburg hat alle Arten von **Ekzem** der Bestrahlung mit Röntgen unterworfen und günstige Beeinflussung, vielfach sogar Heilung des papulösen wie des trockenen Ekzems beobachtet. Besonders hervorstechend ist das sofortige Schwinden des Juckens, was in einem Falle von Skrotalekzem besonders evident war. Bei **Psoriasis** fielen nach 4—6 Strahlungen die Schuppen ab, die Haut war glatt und gerötet, ohne Blutung. Definitive Heilungen waren hierbei nicht zu verzeichnen. Die Rezidive stellten sich von den Rändern her ein. Sehr schöne Resultate sah Redner bei **Akne**, indem die Pusteln eintrockneten und die Haut sich schnell glättete, sowie bei **Rosacea**, wovon zwei Fälle geheilt wurden und bisher zwei Jahre lang rezidivfrei blieben. Hahn verwendet für poliklinische Zwecke die harten Röhren, für klinische Zwecke die schneller und intensiver wirkenden, mit Reaktionen verbundenen weichen Röhren.

Schürmayer-Hannover spricht über **die Schädigungen durch Röntgenstrahlen und die Bedeutung unserer Schutzvorrichtungen**. Um jede Schädigung bei der Aktinotherapie zu vermeiden, erachtet er es für unbedingt notwendig, von der Maske ab eine Schutzableitung nach der Erde anzubringen. Blei als Maskenmaterial verwirft er. Gröfsere Mengen davon wirken sogar als Kondensatoren und können direkt Verbrennung hervorrufen. Jedoch auch die viel verwendeten Pappe-Staniolmasken

bedürfen unbedingt der Erdleitung. Ein hauptsächliches Erfordernis ist dieses, daß die Maske außer Kontakt mit dem Kranken ist.

Freund-Wien steht im allgemeinen auf Schiff's Standpunkt. Er benutzt harte Röhren in einem Abstand von 15—10 cm und bestrahlt bis sich eines der folgenden fünf Symptome zeigt, das dann eine beginnende Reaktion anzeigt: Rötung der Haut, Turgescenz der Haut, Pigmentation oder Depigmentation, Lockerung des Haarschaftes und subjektive Symptome, wie Jucken, Brennen u. a. Neuerdings hat Freund auch probeweise mit weichen Röhren in dosi refracta mit weiter Distanz bestrahlt. Die Hauptindikation der Aktinotherapie sind die Haarkrankheiten. Bei Akne und Psoriasis sah Redner ebenfalls gute Erfolge, ohne von Heilungen sprechen zu können. Nachdem noch ein Chirurg eine Lanze für die Radikaloperation des Lupus gebrochen und Bollmann-Kopenhagen Photographien von geheilten Lupuskranken gezeigt hat, die radiographiert worden waren, bemerkt Hahn-Hamburg, daß er Schädigungen der Patienten beim Benutzen von Pappetaniolmasken nie gesehen habe. Im Gegenteil zeige sich, wenn man auf Masken dieser Art bestrahlt, welche mit figurierten Ausschnitten versehen sind, daß nur die jenen Ausschnitten entsprechenden Hautbezirke reaktiv entzündet sind. Eine Hauptforderung des Redners ist die, daß der Arzt unbedingt selbst die Röntgenbestrahlung überwachen muß und dies Geschäft nicht dem Personal überlassen darf. Auch meint er, daß eine Reaktion, deren erste Spuren schon zu sehen sind, sich nicht mehr aufhalten lasse. Schon aus Sparsamkeitsrücksichten tritt er übrigens für weiche Röhren ein. Nur entstellende Hypertrichosen solle man mit Röntgenstrahlen behandeln, denn es sei nicht ausgeschlossen, daß für die Hypertrichosis sich eine Hyperpigmentation einstelle.

Holzknecht-Wien hat gegenüber Schiff mehrere Heilungen von Alopecia areata durch Röntgenbestrahlung gesehen. Sehr instruktiv war ein von ihm behandelter Fall von Alopecia areata. Während nämlich die Haare des alopecischen Bezirkes schon nach sechs Wochen sich wieder einstellten, dauerte es bis zum Nachwachsen der durch die Röntgenbestrahlung entfernten übrigen Haare mehrere Monate.

Rosenthal-München sah keinerlei bakterizide Wirkung der X-Strahlen.

Strebel-München demonstriert seine **Beleuchtungsapparate von Induktionsfunkenlicht** und spricht über **dessen Brauchbarkeit in der Therapie.** Die ultravioletten Strahlen üben noch auf 140 cm Entfernung bakterizide Wirkung aus. Zwei Fälle von Lupus behandelte er täglich 40 Minuten lang mit seiner Induktionsfunkenbestrahlung und erzielte in vier Wochen Besserung der objektiven Erscheinungen. Geheilt hat er nach seiner Angabe zwei Fälle von tiefen Geschwüren hereditärer Lues des Unterschenkels, je einen Fall von Herpes tonsurans, schwerer Psoriasis, Sykosis, Ekzem — nach zwei Sitzungen —. Das Ulcus cruris wurde ebenfalls vielfach von ihm geheilt, zum Teil nach 18jährigem Bestand = 9—20 Sitzungen. Kein Erfolg bei einem Fall von Alopecia areata. Mittels seiner Apparate für Körperhöhlen gelang es Strebel, zwei Fälle von chronischer Endometritis nach vier Wochen Behandlung symptomfrei zu machen und zweimal eine Urethritis chronica beim Manne zu heilen. Bei diesen von ihm angegebenen Harnröhrenbeleuchtungsröhren spiele es keine Rolle, ob die Pars anterior oder posterior erkrankt sei, da ja die gesamte Harnröhre belichtet werde.

Moberg-Schweden zeigt den von Lortet und Genoud-Lyon **modifizierten Finsenapparat,** der den etwas komplizierten Mechanismus der großen Finsenapparate bedeutend vereinfacht und die Finsentherapie also dem größeren Ärztepublikum zugänglicher zu machen versucht. Das Wesentliche der neuen Installation ist dieses, daß die Lichtstrahlen möglichst nahe von ihrem Ursprungsort in Wirkung umgesetzt werden. Der Wirkungsbereich des Obturators wirkt je nach der Dimension des Obtu-

ratore zwischen 1 und 6 cm Durchmesser. Die Intensität des Lichtes gestattet eine Beschränkung der Expositionszeit auf 10—15 Minuten, statt der bei Finsen üblichen 1—1¼ Stunde. Eine sinnreiche Montierung ermöglicht die Bewegung des belichtenden Teiles nach allen Richtungen.

Forchhammer-Kopenhagen erntet viel Beifall mit seinen **Skioptikonbildern aus Finsens Institut.** Er führt eine grofse Anzahl von Patienten im Bilde vor. Die Nebeneinanderstellung der Kranken vor und nach der Behandlung giebt eine treffliche Erläuterung zu den bisherigen günstigen Erfahrungen über die vorzüglichen kurativen und kosmetischen Effekte der Finsenschen Lichttherapie.

Bang-Kopenhagen schliefst sich mit der **Demonstration einer neuen Lampe** an, welche berufen sein dürfte, auf dem Gebiete der Finseninstallationen eine epochemachende Umwälzung herbeizuführen. Haben schon die obengenannten Lyoner Kollegen einen sehr vereinfachten Finsenapparat konstruiert, so ist Bang die Handlichmachung desselben in noch viel gröfserem Mafse gelungen und ihm wird es zu verdanken sein, wenn auch in die Kreise der praktischen Ärzte die Finsentherapie ihren Einzug hält. Die Elektroden der Bangschen Lampe bestehen nicht aus Kohle, sondern aus Eisen. Ihre Höhlung wird fortwährend von Wasser durchflossen, das sie abkühlt. Das Spektrum der Eisenelektroden ist besonders reich an blau- und ultravioletten Strahlen. Ihre bakterizide Kraft übertrifft jene der alten Finsenelektroden um das 60fache. Der Apparat ist überaus handlich und spielend transportabel.

Aschkinass-Berlin spricht über **die Wirkung der Becquerelstrahlen.** Er demonstriert seinen Arm, auf dem er Reaktionen durch Becquerelstrahlen hervorgebracht hat, dieselben haben sich aber erst nach 32 Tagen gezeigt. Therapeutisch verwendbar dürften diese Strahlen nur dann werden, wenn es gelänge, die strahlende Substanz in den Körper einzuführen. Freund hat das Radiumpräparat in Aluminiumhülle auf die Haut und auf Bakterien einwirken lassen, ohne irgendwelche bakterizide Wirkung zu sehen. Strebel hat im Gegensatz hierzu wohl bakterizide Eigenschaften der Strahlen nachweisen können. Grouven hat einmal 12 Stunden und ein zweites Mal 36 Stunden lang ein Radiumpräparat auf seinem Arm getragen, ohne dafs irgendwelche Reaktion an demselben aufgetreten wäre.

Fachzeitschriften.

Journal des maladies cutanées et syphilitiques.

1901. Heft 9.

Neurofibromatosis generalisata mit entzündlicher Reizung der Schweifsdrüsen, von Henri Malherbe-Nantes. Diese Beobachtung betrifft eine 60jährige Frau, die ungefähr 300 erbsen- bis nufsgrofser Knötchen in der Haut hatte. Ein etwa apfelsinengrofses Fibrom safs an einem langen Stiel unterhalb der linken Brust. Die Mutter der Patientin hatte an derselben Krankheit gelitten und hatte an der nämlichen Stelle ein ebenso grofses Fibrom.

Einige chirurgisch entfernte Tumoren wurden mikroskopisch untersucht. Dabei erwies es sich, dafs die Neubildung auf Kosten der fibrösen Scheiden der Nerven und Gefäfse und auf Kosten des fibrösen Gewebes der Hautdrüsen erfolgt war. Auffallend erschien dabei nur das Verhalten der Schweifsdrüsen. Während diese sonst, wie die

übrigen Drüsen von dem wuchernden Gewebe erdrückt und atrophiert werden, befanden sie sich hier in einem entzündlichen Zustand. Die bindegewebige Umhüllung der Drüsenschläuche und Ausführungsgänge war leicht gereizt und mit Spindelzellen infiltriert. Die muskulären Elemente sind deutlich erkennbar, die secernierenden Zellen hyperplastisch und an Zahl vermehrt, bis zu drei Schichten in einem Schlauch. Dadurch scheinen die Schläuche erweitert und geplatzt zu sein und sich ineinander zu öffnen.

Ein Ulcus durum auf dem weichen Gaumen, von MAURICE DRUELLE. Eine 34jährige Puella publica war das Opfer dieses seltenen Vorkommnisses. Das Ulcus saſs auf der linken Hälfte des Gaumens; das Zäpfchen, der vordere und der hintere Gaumenbogen waren in Mitleidenschaft gezogen. Die Submaxillardrüsen waren geschwollen, es bestand Roseola. Das Ulcus verursachte keine Schmerzen, machte aber das Schlucken fester Nahrung sehr beschwerlich.

Ein Hautausschlag im Verlauf einer Pseudo-Leukaemia lymphatica, von CH. AUDRY-Toulouse. Eine 64jährige Dienerin kommt mit einem ekzematisierten Seborrhoid des Kopfes und des Körpers, zahlreichen verhärteten Drüsen in den Achseln und den Leisten auf die Klinik. Hierzu gesellte sich auf den Händen und Vorderarmen ein urticariaartiger Ausschlag, der lebhaftes Jucken verursachte: kleine, stecknadelkopfgroſse Knötchen in der Haut, deren einzelne von einer groſsen, prallgefüllten Blase gekrönt ist. Diese Erscheinungen gingen wieder zurück ohne merkliche Spuren zu hinterlassen. Auch das Seborrhoid heilt ab, nur an den Beinen bleibt es bestehen und verursacht starke Schmerzen. Jetzt entwickelt sich die Pseudo-Leukaemie, unter deren Einfluſs das Seborrhoid der Beine zuerst braunrot erscheint, dann nach einigen Tagen unter Nachlaſs der Schmerzen sich ganz entfärbt. Die Kranke geht schlieſslich an Erschöpfung zu Grunde. Eine aus der Achsel entfernte Drüse und ein Stückchen Haut aus dem Seborrhoid der Unterschenkel wurden mikroskopisch untersucht. In ersterer fielen die zahlreichen Mitosen auf; das letztere bot nichts abnormes. Die Urticaria sowohl wie die Kongestion an dem Seborrhoid der Unterschenkel werden von A. auf die Pseudo-Leukaemie zurückgeführt.

Über Natur und Behandlung der syphilitischen Kontraktur des Biceps, von CH. AUDRY-Toulouse. Junger Mensch von 28 Jahren. Im Verlauf einer Syphilis entsteht plötzlich eine mäſsige Kontraktur des linken Biceps. Eigentliche Stigmata der Hysterie fehlen, doch besteht ausgesprochener Nervosismus und Übererregbarkeit. Nach einigen intramuskulären Einspritzungen von Aqua destillata kehrt alles zur Norm zurück. A. faſst diese Kontraktur als einen hystero-syphilitischen Zufall auf.

Türkheim-Hamburg.

Russische Zeitschrift für Dermatologie und venerische Krankheiten.

Band I. Heft 7.

I, 1. **Über Pityriasis rubra (HEBRA),** von M. TSCHLENOW. (Fortsetzung folgt.)

2. **Alopecia areata als Trophoneurose der Haut,** von W. TER-GREGORIANZ. Mit Abbildung. (Fortsetzung folgt.)

II, 1. **Zur Kasuistik des syphilitischen Fiebers,** von P. JUDIN. Krankengeschichte eines schweren Falles, in dem etwa drei Wochen vor dem Ausbruch des ersten Exanthems ein typhusartiges Fieber von im ganzen über sechswöchentlicher Dauer eingetreten war. Verfasser reiht den Fall dem FOURNIERschen Typus der Fièvre syphilitique ein. Im Verlaufe der Injektionskur mit Hg salic. fiel das Fieber lytisch ab. Eine Milzschwellung war nachweisbar.

2. **Ein Fall von Reinfectio syphilitica**, von N. Sukow. Ein sogenannter „klassischer" Fall, wohl geeignet, als eine willkommene Bereicherung der Litteratur der Frage nach der Heilbarkeit und Wiedererwerbung der syphilitischen Infektion angesehen zu werden. Die Reinfektion erfolgte nach acht Jahren und die charakteristische Trias (Sklerose, Plejaden, Exantheme etc.) der recenten Syphiliserscheinungen lieferte den Beweis dafür, dafs es sich nicht um einen „Pseudoschanker", sondern um einen wirklichen „Primäraffekt" handelte.

III, 1. **Die Bedeutung des Farbstoffes Neutralrot für das Studium der Phagocytose überhaupt und für die blennorrhoische Phagocytose im speziellen**, von J. Himmel. Wir verdanken Ehrlich den Hinweis auf das Neutralrot als einen Farbstoff, der auch die Strukturelemente der lebenden Zelle, ohne dieselbe zu zerstören, tinktoriell zu differenzieren vermag. Dann folgten die Arbeiten von Galeotti, Premmycki, Prowaczek, Arnold, Uhma und Plato. Im Metschnikowschen Laboratorium in Paris hat Verfasser mittels dieses Farbstoffes umfassende Beobachtungen über die Phagocytoseerscheinungen in den lebenden Eiterzellen des blennorrhoischen Sekretes angestellt. Die interessante Arbeit läfst sich in folgenden Resultaten zusammenfassen: Durch das Neutralrot lassen sich alle phagocytisch aufgenommenen Bestandteile der lebenden Leukocyten tinktoriell darstellen. Die darin vorfindbaren gefärbten Granula sind Stoffwechsel- und Sekretionsprodukte der lebenden Leukocyten. Der Grad der Färbbarkeit hängt mit der Lebensfähigkeit und der Reizbarkeit des Phagocyten zusammen. Das Hyaloplasma als ein nicht saurer Bestandteil der Zelle wird kaum gefärbt. Bei eintretendem Tode der Zelle neutralisiert sich die Säure der Einschlüsse und daher verlieren dieselben ihre Färbung. Im gleichen Sinne wirken auch alle anderen Agentien, die die Zelle weniger lebensfähig machen. Die von den Leukocyten gebildete Säure gehört zu den Amidosäuren. Schliefslich unterscheidet sich die Neutralrotfärbung der Gonokokkenleiber — ob lebendiger oder todter — nicht im geringsten von der analogen Färbung anderer Bakterien. *Sack-Heidelberg.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1901. Heft 9.

1. **Über einige Einzelheiten bezüglich der Behandlung des Prostatismus**, von F. P. Guiard. Aus seinem demnächst erscheinenden Werke: „Die Behandlung des Prostatismus" teilt der Verfasser hier im voraus einige neue, von ihm selbst vielfach erprobte Details mit. Dieselben betreffen in erster Linie die Katheterisierung der Prostatiker. Bei genauer Befolgung der Guyonschen Vorschrift, den Katheter der vorderen Harnröhrenwand entlang zu führen, kann es vorkommen, dafs das innere Ende des Katheters sich zu dicht an der vorderen Wand hält und dieselbe vor dem Eintritt in die Pars mebranacea kapuzenförmig einstülpt. Die Weiterführung des Instruments wird in solchen Fällen nur dadurch möglich, dafs der Katheterschnabel ein wenig nach abwärts und mehr gegen das Zentrum der Harnröhre zu gerichtet wird. Sanfter Druck, vom Perineum aus auf die konvexe Seite des Katheters ausgeübt, erleichtert das Verschieben desselben. Guyon empfiehlt, bei starker, durch Hypertrophie der Prostata hervorgebrachter Deformation der Pars posterior urethrae einen mit Mandrin versehenen Katheter einzuführen, und wenn das innere Ende desselben die Pars membranacea passiert hat und vor dem zu überwindenden Hindernis steht, gleichzeitig den Mandrin zurückzuziehen und den Katheter vorzuschieben, um so das Katheterende über das Hindernis hinwegzuheben. An Stelle dieses Kunstgriffes empfiehlt der Verfasser als einfacher, präciser und sicherer, an der angegebenen Stelle den Mandrin

mit der rechten Hand gut fixiert zu halten, während die linke Hand den Katheter langsam und ohne jede Gewalt vorwärts schiebt. Der Mandrin wird erst zurückgezogen, wenn Urin aus dem Katheter abfließt. Prostatikern, die gezwungen sind, sich selbst zu katheterisieren, bei denen aber die Einführung des Katheters nur sehr schwer gelingt, ist die Verwendung des Fischbeinmandrins dringend zu empfehlen. Diese Mandrins, denen nach gelinder Erwärmung über einer Spiritusflamme jede gewünschte Krümmung gegeben werden kann, sind infolge ihrer Geschmeidigkeit und Leichtigkeit ungefährlich und sehr einfach zu handhaben und ermöglichen den Kranken die Einführung des Katheters trotz ernstlicher Hindernisse. Selbstverständlich müssen die Patienten die Technik des Katheterisierens, insbesondere die dabei nötige Antiseptik vollständig beherrschen. Am besten ist es, die diesbezüglichen Vorschriften den Kranken schriftlich oder gedruckt in die Hand zu geben. Behufs Sterilisierung läßt der Verfasser die Instrumente nach dem Gebrauch einige Minuten lang in $^1/_2$%ige Höllensteinlösung einlegen. Dieses Verfahren ist sehr wirksam und greift die Katheter nicht an. Zum Aufbewahren der sterilisierten, gebrauchsfähigen Katheter im Hause des Kranken dienen eigene Behälter, zum Transport bei eventuellem Gebrauch unterwegs eigens konstruierte Metallbüchsen, die gleichzeitig Borvaselin und sterilisierte Wattetampons enthalten. Die Verabreichung von Antipyrin und Opium per rectum, die in allen Stadien des Prostatismus, insbesondere auch bei nächtlichen Kongestionszuständen vorzüglich wirkt, ist auch bei häufiger Wiederholung unschädlich. Die Patienten machen sich die Klystiere, zu denen nur ca. 15 g Wasser verwendet werden sollen, selbst und zwar mit Hilfe einer 20 ccm haltenden Spritze und eines elastischen Katheters, der ca. 10 cm weit in den Mastdarm eingeführt wird. Die Punktion der Blase mittels dünnen Troikarts und Aspiration des Urins ist, wenn die Blasenschleimhaut noch nicht infiziert ist, vollständig ungefährlich und kann wenn nötig mehrmals rasch nacheinander wiederholt werden. Die Punktion einer infizierten Blase ist dagegen unter allen Umständen zu vermeiden. Das sicherste Verfahren, Prostatiker, bei denen einmal Phosphatsteine entfernt worden sind, vor den so häufigen Rezidiven zu schützen, besteht in regelmäßig wiederholter, einmal des Monats vorzunehmender Aspiration des Blaseninhaltes; auf diese Weise werden alle, auch die kleinsten Konkremente gleich nach dem Entstehen und noch bevor sie Erscheinungen machen, sicher entfernt. Die Aspiration wird ohne Chloroform vorgenommen. Lithotripsien müssen bei Kranken mit Prostatahypertrophie stets in Beckenhochlagerung und zwar am besten auf dem von TRENDELENBURG angegebenen Operationstisch ausgeführt werden; denn bei horizontaler oder annähernd horizontaler Lagerung solcher Kranken befinden sich die Steine, unerreichbar für den Lithotriptor, im Fundus der Blase, fallen aber bei starker Senkung des Oberkörpers nach dem Blasenscheitel, wo sie leicht gefaßt werden können.

2. **Das moderne Urethroskop**, von WILLIAM OTIS-New York. Die gebräuchlichen Urethroskope haben, soweit sich die Lichtquelle außerhalb des Tubus befindet, den Nachteil, daß durch die Lichtquelle das Auge des Untersuchers belästigt wird. Bei den Urethroskopen, bei denen die Lichtquelle im Tubus selbst liegt, wird hinwiederum durch die Lampe ein Teil des Gesichtsfeldes verdeckt, überdies sind diese Instrumente für intraurethrale Manipulationen wenig geeignet. Der Verfasser hat nun im Jahre 1892 ein Urethroskop angegeben, durch das alle diese Nachteile vermieden werden sollen; das Instrument wurde jetzt nach den bisher damit gemachten Erfahrungen modifiziert. Die Lichtquelle liegt bei diesem Instrument außerhalb des Tubus, aber für den Untersucher unsichtbar in einer Metallröhre eingeschlossen; sie besteht in einem intensiv leuchtenden elektrischen Lämpchen, dessen Strahlen durch eine in der gleichen Röhre befindliche plankonvexe Linse konzentriert und in den

Tubus geworfen werden. Die ganze optische Partie liegt etwas tiefer als die Achse des Tubus, so dafs das Gesichtsfeld vollkommen frei bleibt. (Der Apparat scheint im Prinsip mit dem Casperschen Universalelektroskop übereinzustimmen. Ref.)

3. **Einige Fälle von infektiöser Cystitis, hervorgerufen durch Autointoxikation**, von Barthélemy Guisy-Athen. Der Verfasser teilt sechs Fälle von infektiöser Cystitis mit, die im Verlaufe anderweitiger Erkrankungen und zwar im Verlaufe einer Dysenterie, einer Gastroentritis, eines phlegmonösen Erysipels, hochgradiger Koprostase (in zwei Fällen) und in einem Falle im Anschlufs an die Entstehung einer Inguinalhernie aufgetreten waren, ohne dafs bei irgend einem der Patienten je eine Blennorrhoe oder eine andere infektiöse Krankheit des Urogenitalapparates oder eine Katheterisierung vorausgegangen wäre. In zwei Fällen fand sich im Urin Micrococcus ureae und Bacterium coli, in je einem Falle Staphylococcus aureus und Bacterium coli, Staphylococcus albus und Micrococcus ureae, Streptococcus allein, Bacterium coli allein. In allen sechs Fällen widerstand die Cystitis so lange jeder Behandlung, bis die primäre Krankheit beseitigt war, dann erst verschwanden auch die Blasensymptome allmählich. In allen Fällen handelte es sich um Autoinfektion, indem pathogene Mikroorganismen aus dem Darm in den Blutkreislauf und durch Vermittelung der Nieren oder direkt von den Kapillargefäßen der Blasenwände aus in das Blasenlumen gelangt waren. *Göts-München.*

Dermatologisches Centralblatt.

1900. No. 12.

Zur Würdigung der Bottinischen Operation bei Prostatahypertrophie, von Carl Stern. Für die Wertschätzung der Bottinischen Operation kommt es nach Verfassers Auffassung nur auf folgendes an: 1. in wieweit durch die galvanokaustische Spaltung der dauernde Katheterismus entbehrlich gemacht wird, d. h. Heilung erzielt wird; 2. wie sich die Gefährlichkeit der Operation zur Gefährlichkeit der übrigen zur Erreichung der Heilung anzuwenden Mittel stellt. Dafs durch die Bottinische Operation die spontane Entleerung der Blase erzielt werden kann, ist zweifellos; es sollte dieselbe aber zunächst beschränkt werden auf Fälle chronischer, kompleter oder annähernd kompleter Retention. Bei den weichen, „adenoiden" Schwellungsformen dürfte vielleicht die Resektion der Ductus ejaculatorii genügen. Wo ein aseptischer Katheterismus gesichert erscheint, da dürfte man auch von der Operation abstehen können. Kurz man wird in jedem Einzelfalle die Indikationen sorgsam zu prüfen haben. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Monatsberichte für Urologie.

Band VI. Heft 9.

Zur Diagnostik der chirurgischen Nierenkrankheiten, von Alexander Gellert. Verfasser behandelt in einem in der königlichen Gesellschaft der Ärzte zu Budapest gehaltenen Vortrage den Ureterenkatheterismus und die neueren Methoden zur Prüfung der Nierenfunktion in durchaus objektiver Weise. Die an den Vortrag sich schliefsende Diskussion, wie die in dem Blatte von Casper und Richter dem Vortrage angefügten Bemerkungen bringen nichts besonderes.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Bücherbesprechungen.

La pratique dermatologique, Beschreibung der praktischen Dermatologie, herausgegeben von Ernest Besnier, L. Brocq und L. Jacquet. II. Band mit 168 Schwarz- und 21 Farbendruckabbildungen. (Masson & Co., Paris 1901). Alles, was bezüglich trefflicher Ausstattung und grofsartiger Anlage des ersten Bandes gesagt wurde (siehe *Monatsh. f. prakt. Dermat.*, Bd. 31, S. 286), trifft auch auf den nun vorliegenden zweiten Band des Werkes zu. Derselbe umfafst in Fortsetzung der alphabetischen Reihenfolge die Artikel Ekzema bis Zunge (Langue); der Preis von 40 Fr. für diesen, wiederum über 1000 Seiten starken Band mufs in Anbetracht des Gebotenen ein erstaunlich billiger genannt werden.

Der Artikel Ekzema beansprucht allein 300 Seiten und ist natürlich dieses vielgestaltige Krankheitsbild nach allen Seiten hin beleuchtet. Das viel umstrittene Ekzema seborrhoicum Unnas wird nun auch von Besnier; dem Verfasser des Artikels, als selbständige Affektion anerkannt und sogar die bezüglichen besten Tafeln aus dem Werke von Unna (zur Histopathologie der Haut) reproduziert. Das Ekzema infantile wird besonders besprochen, der Diät und den internen Mitteln bei der Behandlung des Leidens eine gewisse, wenn auch nicht hauptsächliche, Rolle zugeschrieben. Die Lokalisationen des Ekzema an den verschiedenen Körperteilen (Kopf und Hals, Extremitäten, Rumpf und Bauch, Geschlechtsteile) sind spezifiziert beschrieben, was für den Praktiker eine sehr erwünschte Erleichterung ist. Der Artikel „Elektrizität" enthält eine ausführliche Beschreibung aller Arten des elektrischen Stromes einschliefslich der Röntgenstrahlen, welche bei der Behandlung von Hautkrankheiten überhaupt in Betracht kommen. Es sei besonders auf den Abschnitt über Elektrolyse hingewiesen; zur Behandlung der Hypertrichosis empfielt Brocq in erster Linie die unipolare Methode, ohne dafs jedoch die bipolare, die elektro-chemische und die kataphorische nicht ihre speziellen Indikationen, welche einzeln angegeben sind, auch bei der Epilation hätten. Der häufig unterbrochene Strom (nach d'Arsonval) scheint nach den bisherigen Ergebnissen bei Pruritus und den bei Arthritis vorkommenden Dermatosen von besonderem Vorteil zu sein. Die verschiedenen beruflichen und medikamentösen Dermatosen finden genaue Beschreibung — interessante Fälle von Jod- und Bromkalium-Eruption aus dem Spital St. Louis mit 2 Farbentafeln. Sehr interessant ist das kurze Kapitel über Simulation von Hautkrankheiten; z. B. soll es beim Militär vorgekommen sein, dafs durch Thapsia oder Thapsiapflaster ganze Epidemien von Erysipel erzeugt worden sind. Die Erytheme werden nach dem klinischen Befunde eingeteilt in 1. polymorphe, 2. knotige, 3. rubeoforme, 4. scarlatinoide, 5. scarlatiniforme; eine Einteilung, welche rein wissenschaftlich völlig unbefriedigend ist und blos als ein Notbehelf erscheint. Ein sehr anziehend verfafster Abschnitt ist der über allgemeine abschuppende Erythrodermien (Erythrodermies exfoliantes generalisées). Dieselben werden eingeteilt in sekundäre, im Anschlufs an andere Hautkrankheiten (Psoriasis, Ekzema seborrhoicum, Lichen ruber u. s. w.) vorkommende und in primäre, von welchen wohl die bekannteste und am leichtesten erkennbare die Pityriasis rubra ist. Bei den anderen, immerhin sehr seltenen, Unterarten wie dem rezidivierendem Erythema scarlatiniforme dürfte wohl die Unterscheidung von Scharlach, wie überhaupt die Diagnose, sehr schwierig sein; diese Hautaffektion soll nicht sehr gutartig sein und in etwa ein Fünftel der Fälle an sich oder durch Komplikationen zum

Tode führen. Der Folliculitis, welche Bezeichnung Hardy für Akne einführte, widmet Sabouraud einen über 50 Seiten langen Artikel, der Aetiologie, Symptomatologie, bakteriologische Befunde u. s. w. vom neuesten Standpunkte der Wissenschaft aus bringt. Bei der Furunkulose ist die innere Behandlung mit Bierhefe nicht unerwähnt geblieben, auch in manchen Fällen von Karbunkeln soll sie vorzüglich wirken, in anderen wieder völlig im Stich lassen. Der Artikel „Herpes" enthält eine aufserordentlich instruktive Farbentafel (aus dem Museum St. Louis), die regionalen Verschiedenheiten der Affektion darstellend. Das Schlufskapitel dieses Bandes ist zugleich eines der lesenswertesten; es enthält eine ausführliche Beschreibung der Zungenaffektionen, die ja für sich oder im Zusammenhange mit Hautleiden vorkommen, und füllt nach des Referenten Ansicht eine Lücke aus, die in den meisten dermatologischen Handbüchern vorhanden ist; eine Übersichtstabelle sämtlicher, auf die Zunge übergehender, Hautkrankheiten vervollständigt noch diese, aus der Feder Benards stammende, an sich einen kleinen Band darstellende Arbeit. Was bei der Lektüre des ganzen Werkes noch als rühmenswert auffällt, das ist die peinliche Gewissenhaftigkeit und Genauigkeit, welche die historische Darstellung der einzelnen Affektionen und deren Therapie erfährt. *Stern-München.*

Pemphigus des Auges, von Ed. Pergens-Brüssel. (S. Karger. Berlin 1901.) Das Büchlein bringt nach einer geschichtlichen Einleitung und Beschreibung zweier selbst beobachteter Fälle statistische Angaben über die Häufigkeit des Pemphigus bei Hautkranken (bei Kaposi ein Fall von Pemphigus auf 300 Hautkranke) und des Augenpemphigus unter den Augenkranken (im Mittel 1 : 20,900 Augenkranke). Die Zahl der von P. mit grofsem Fleifs gesammelten Fälle von Augenpemphigus beträgt nach genauer Sichtung 112, die Wiedergabe derselben bildet quantitativ den Hauptinhalt des Büchleins. Es werden unterschieden 1. Fälle mit Blasenbildung an der Haut, event. auch der Schleimhaut; 2. Fälle ohne Blasenbildung an der Haut, mit solchen an der Schleimhaut, 3. Fälle, wo nur Blasenbildung am Auge gesehen wurde, und 4. Fälle ohne jede Blasenbildung mit essentieller Schrumpfung. Zur ersten Kategorie gehören 77 Fälle, wobei wieder akute und chronische Erkrankung unterschieden wird. Symptomatologie und Therapie, Ätiologie und Bakteriologisches und schliefslich die pathologische Anatomie bilden die weiteren Kapitel der Arbeit. Die Behandlung ist eine rein symptomatische und fällt mit den Indikationen aller gewöhnlichen Augenerkrankungen zusammen. Die Prognose des Leidens scheint keine günstige zu sein; von 13 Fällen i e. von 25 Augen, wovon das Endresultat bekannt ist, erblindeten 10 Augen (durch Xerosis), 6 sahen schlecht, 1 mäfsig, 8 sahen gut. *Stern-München.*

Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen, herausgegeben von Magnus Hirschfeld-Charlottenburg. III. Jahrgang. Eingeleitet wird dieser Jahrgang durch einige kürzere Abhandlungen Krafft-Ebings-Wien: Zum Verständnis der konträren Sexualempfindung — Über tardive Homosexualität — Zur weiblichen Homosexualität. Bezüglich der konträren Sexualempfindung fafst er seine Ansichten in die Sätze zusammen, dafs sie eine völlig unverschuldete, weil durch Störung des Waltens empirischer Naturgesetze begründete Erscheinung ist, welche gleich anderen Mifsbildungen oder Funktionsstörungen unser Mitleid, nicht aber unsere Verachtung verdiene. Ihr Vorhandensein präjudiziere nicht der Annahme einer Ungetrübtheit der seelischen Funktionen und vertrage sich mit normaler geistiger Thätigkeit. Betreffs der sogenannten tardiven Homosexualität bemerkt Krafft-Ebing, dafs solche konträre Erscheinungen zuweilen nicht wie in der Mehrzahl der Fälle zur Zeit der Pubertät

oder noch vorher, sondern erst im späteren Leben sich einstellen. Man hat es da also mit einer erworbenen beziehentlich gezüchteten konträr-sexuellen Empfindung zu thun. Es kann sich auch um eine tardive Entwicklung des Geschlechtslebens überhaupt bei trotzdem primärer, angeborener Anomalie des Geschlechtstriebs handeln. Es folgt eine Kasuistik einschlägiger Fälle. Hirschberg warnt in einem Aufsatze: Sind sexuelle Zwischenstufen zur Ehe geeignet? alle Kollegen dringend davor, Homosexuellen das Eingehen einer Heirat anzuraten und belegt seine diesbezüglichen traurigen Erfahrungen mit Beispielen aus seiner und fremder Praxis. An eine Heilung ihres konträren Sexuallebens eines Urnings oder einer Urninde durch die Ehe ist nicht zu denken. Bei ersterem ist das Verlangen nach Kindern viel gröfser und häufiger als bei der Urninde. Die Ehen mit urnischen Frauen sind weitaus öfter kinderlos als die homosexueller Männer mit normalen Frauen. Ist eine Urningehe ohne Nachkommen geblieben, so ist das deshalb ein Unglück, weil sich die Gatten dabei immer mehr entfremden; sind Kinder da, so ist das auch wiederum ein Unglück, weil sich die konträren Sexualempfindungen vererben können. — Es folgt in dem Jahrbuch des weiteren eine umfangreiche Arbeit Karsch-Berlin über Uranismus oder Päderastie und Tribadie bei den Naturvölkern. Konträre Sexualempfindungen werden wie bei den Kulturvölkern so auch bei den Naturvölkern beobachtet. Sie sind elementarnatürlich und mit Eigennutz, Grausamkeit oder Mordgier nicht verbunden. Dafs Päderastie wie Tribadie nur bei „in Grund und Boden verdorbenen Kulturvölkern" vorkommen, ist nicht wahr. Es ist nicht richtig, den Liebes- und Geschlechtstrieb des Urnings ganz allgemein als reine Begleiterscheinung anzusprechen, wie sie tiefe physische und psychische Störungen im Gefolge haben. Die befallenen Personen können absolut nach jeder Richtung hin gesund sein. — Ferner giebt Albert Hansen-Kopenhagen in einer H. C. Andersen betitelten Abhandlung Beweise der Homosexualität des grofsen dänischen Dichters und Ludwig von Scheffler-Weimar eine Charakterstudie über den römischen Cäsar Elagabal, sowie Numa Prätorius, ein Jurist, einen Bericht über den bekannten Schriftsteller Oskar Wilde. Auch die folgenden Abhandlungen sind des höchsten wissenschaftlichen Interesses wert. Alle haben den tieferen Sinn, uns von der tiefen Urnatur konträr sexueller, homosexueller Triebe und Empfindungen zu überzeugen und aus allen Schlüssen klingt der Ruf hervor: Weg mit dem Paragraph 175 des deutschen Strafgesetzbuches.

Hopf-Dresden.

Chronic Urethritis of Gonococcic origin, von J. de Keersmaecker und J. Verhoogen, übersetzt und mit Anmerkungen versehen von L. Weiss-New-York. (W. Wood & Co., New-York 1901.) Es ist dies eine englische Übersetzung des von dem Antwerpener und dem Brüsseler Spezialisten unter den Auspizien Oberländers-Dresden herausgegebenen Werkes, dem der Übersetzer seinerseits an verschiedenen Stellen kürzere oder längere Ergänzungen und auch gelegentlich gegenteilige Meinungen hinzugefügt hat. Vollständig eigenes Produkt des amerikanischen Herausgebers sind die Kapitel über „Palpation und Expression der Cowperschen Drüsen, der Prostata und der Samenbläschen", ferner eins über die „Behandlung der chronischen Gonorrhoe", über „Asepsis der Harnröhre" und über das „Heiraten bei Gonorrhoe". Den von W. bei der letzteren sehr aktuellen Frage eingenommenen Standpunkt kann man gewifs nur gut heifsen. Er verlangt vor Erteilung des Ehekonsenses wiederholte genaue mikroskopische und kulturelle Prüfung auf das Vorhandensein von Gonokokken unter Anwendung von Reizspülungen der Urethra, Centrifugierens des Urins und aller sonstigen technischen Einzelheiten. Dem Kromayerschen Standpunkt eines absoluten Verbots der Eheschliefsung tritt er mit Recht entgegen. Kennt doch jedenfalls jeder ältere praktische Arzt eine ganze Reihe von glücklichen und kindergesegneten Ehen.

bei denen der Mann, wenn auch mehrere Jahre vor der Eheschliefsung, gonorrhoisch infiziert war. Dafs aber dies, wie W. sagt, bei 90% der männlichen Bevölkerung zutreffe, lassen wir nur cum grano salis gelten. Durch die sonstigen Zusätze hat das Buch auch an praktischer Verwendbarkeit noch gewonnen, indem die neuesten Fortschritte in Bezug auf das diagnostische, endoskopische und tinktorielle, sowie das therapeutische Armamentarium berücksichtigt worden sind. Ist doch seit dem Erscheinen des Originals 1897 gerade auf diesem Gebiete viel Neues geschaffen worden.

Die äufsere Ausstattung ist eine gute. Für spätere Auflagen werden etliche Druckfehler zu beseitigen sein, sowie einige Worte und Satzwendungen zu verbessern, aus denen man einen deutschen Gedankengang erkennt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Herodo-Syphilis. — Die Nachkommenschaft der Hereditär-Syphilitischen, von L. Jullien. (Baillière et fils, Paris 1901.) Theoretisch ist die Möglichkeit einer Vererbung der Syphilis auf die dritte Generation nicht zu leugnen. Aber auch praktisch wurde in einer Reihe von Fällen die Übertragung der Syphilis von Hereditär-Syphilitischen auf ihre Descendenten durch klinische Beobachtung festgestellt. Der Verfasser hat die diesbezüglichen Angaben aus der Litteratur gesammelt, und unter Beifügung von ca. 30 noch nicht veröffentlichten Fällen berichtet er im ganzen über 96 Ehen, in denen der eine Teil — in 62 Fällen die Frau, in 34 Fällen der Mann — hereditär-syphilitisch war. In 8 von diesen 96 Familien war bezüglich der Descendenz nichts Abnormes nachzuweisen. In den übrigen 88 Fällen aber waren die Verhältnisse bezüglich der Nachkommenschaft genau die gleichen wie die Verhältnisse bei der Descendenz der Syphilitiker. Unter 256 Schwangerschaften, die im ganzen verzeichnet sind, kam es in 77 Fällen zu Aborten, Früh- oder Totgeburten. An den lebend geborenen Kindern waren zum Teil die gleichen, mannigfaltigen, die Haut wie das Knochengerüst und die inneren Organe betreffenden Manifestationen der Heredo-Syphilis zu konstatieren, wie sie bei den Kindern der Syphilitiker vorkommen. Auch die Wirkung der spezifischen Behandlung ist bei den Hereditär-Syphilitischen der dritten Generation genau die gleiche, wie bei den Kindern der Syphilitiker. Endlich wurden auch die verschiedenen parasyphilitischen Erscheinungen, allgemeine Schwäche, Neigung zu Erkrankungen, Dystrophien, Mifsbildungen etc., bei den Kindern Hereditär-Syphilitischer in ziemlich grofser Zahl beobachtet. — Auf Grund der beschriebenen Fälle hält es der Verfasser für absolut erwiesen, dafs die Syphilis zuweilen auf die dritte Generation vererbt wird; allerdings ist eine solche Übertragung eine Seltenheit.

Götz-München.

Der Einfluss des Lichtes auf die Haut in gesundem und krankhaften Zustande, von Magnus Möller-Stockholm. (Bibliotheca medica, Abteilung D II Dermatologie und Syphilis, Heft 8. Erwin Nägele, Stuttgart 1900). Ausgehend vom Sonnenbrand, den er nicht als pathologische, sondern als physiologische Erscheinung betrachtet, bespricht der Verfasser im ersten Teile seines Buches den Einfluss des Lichtes auf die gesunde Haut in folgenden Kapiteln: Der Sonnenbrand (Erythema solare, Erythema photoelectricum); das Licht auf die Hautfarbe (Rötung, Trübung und Hyperplasie der Epidermus, Pigmentirung); das Licht als Incitament; von der Permeabilität der Gewebe gegenüber den ultravioletten Strahlen; histologische Veränderungen in den bestrahlten Geweben (Experimente, mikroskopische Untersuchung); Tiefenwirkung der ultravioletten Strahlen, Sonnenstich; Schutzvorrichtungen gegenüber den chemichen Strahlen; Veränderungen in der normalen Haut nach Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen. Der Verfasser bestätigt in diesem Teile seines Buches, zum Teil auch auf Grund eigener Experimente und Untersuchungen, die bekannten Thatsachen, dafs die Wirkung des Lichtes auf die Haut im wesentlichen eine Wirkung der ultra-

violetten Strahlen ist, dafs die Veränderungen, die unter dem Einflusse dieser Strahlen in der normalen Haut entstehen, nämlich Rötung, Trübung und Hyperplasie der Epidermis und verstärkte Pigmentierung, ein Hindernis für das Eindringen der chemischen Strahlen in die Tiefe und damit einen Schutz für die tiefer liegenden Gewebe bilden, und dafs demzufolge die Tiefenwirkung der chemischen Strahlen keine sehr bedeutende ist. Die Störungen des Centralnervensystems, die wir als Sonnenstich bezeichnen, können daher nicht von den ultravioletten Strahlen ausgelöst werden, sie werden wahrscheinlich durch die Einwirkung der Wärmestrahlen hervorgerufen. Dagegen ist der anregende, „inzitierende" Einfluſs des Lichtes auf die lebenden Organismen im Allgemeinen und auf die Haut und ihre Funktionen im Besonderen der Hauptsache nach wiederum auf die ultravioletten Strahlen zurückzuführen. Durch intensivere, bezw. länger dauernde oder öfter wiederholte Belichtung mit ultravioletten Strahlen hat der Verfasser experimentell stärkere Läsionen der Haut, nämlich Blasenbildung und Nekrotisierung erzielt. Die mikroskopische Untersuchung der betreffenden Hautpartien ergab als primäre Veränderung Dilation der Gefäfse; im Zusammenhang damit tritt eine Durchfeuchtung der Epithelien mit abnormer Hornbildung (Parakeratose) und Dunklerwerden der Hornfarbe ein. Bei noch intensiverer oder längerdauernder Bestrahlung entsteht eine serofibrinöse oder hämorrhagische Exsudation; die Folge dieses Exsudationsprozesses ist Anschwellung und Homogenisierung des kollagenen Gewebes, Schwellung, Lockerwerden und Infiltration des Epithels und endlich Blasenbildung; die Kontinuitätstrennung erfolgt ungefähr an der Grenze zwischen Körnerschicht und Hornschicht. Bei sehr starker Bestrahlung trat Thrombenbildung in den Gefäfsen der Cutis ein.

Dem 2. Teile des Buches, der von dem Einflusse des Lichtes auf die Haut im krankhaftem Zustande handelt, liegt folgende Einleitung zu Grunde:

A) Das Licht als schädliches Agens bei Hautkrankheiten:
   1. Affektionen, bei denen die Haut, abgesehen von ihrer Empfindlichkeit gegen das Licht, sonst normal erscheint (Dermatitis papulo-vesiculosa; Hydroa aestivale; Xeroderma pigmentosum).
   2. Affektionen, bei denen die Empfindlichkeit der Haut gegen das Licht von einer vorher bestehenden pathologischen Beschaffenheit bei ihr herkommt (Lichteinwirkung bei Pellagra und bei Variola).

B) Das Licht als therapeutisches Mittel bei Hautkrankheiten Lichttherapie, Röntgentherapie.

Der Verfasser reiht hier diejenigen Dermatosen, die durch die Einwirkung der chemischen Strahlen auf eine anscheinend gesunde Haut hervorgerufen werden, unter die Rubrik „Das Licht als schädliches Agens bei Hautkrankheiten" ein. Er geht dabei von der Idee aus, dafs eine Haut, die auf die Einwirkung des Lichtes mit weitergehenden Veränderungen reagiert als es die bei Sonnenbrand beobachteten sind, eine abnorme, zur Ideosynkrasie gesteigerte Lichtempfindlichkeit besitzt, d. h. dafs eine solche Haut trotz ihres normalen Aussehens schon vor dem Auftreten der eigentlichen Dermatose krank war. Dermatitis papulo-vesiculosa sive Ekzema solare und Hydroa aestivale (Hydroa vacciniforme Bazin) sind seltene, in Form einzelner Anfälle auftretende, auf die unbedeckten Hautpartien beschränkte Dermatosen, die ausschliefslich durch die Einwirkung der chemischen Strahlen hervorgerufen werden. Die Anfälle, d. h. die einzelnen Eruptionen treten auf, wenn die Kranken sich im Freien dem Sonnenscheine aussetzen; sie verschwinden, wenn die Patienten die ultravioletten Strahlen auf irgend eine Weise von sich abhalten. Dermatitis papulo-vesiculosa ist charakterisiert durch das Auftreten einer diffusen Rötung und Schwellung, auf der sich dann konische oder flache Papeln oder miliare Bläschen oder urtikariaähnliche

Efflorescenzen bilden. In der Regel verschwindet die Affektion, ohne Spuren zu hinterlassen. Die von Hutchinson in 14 Fällen beobachtete, unter dem Namen „Summer Prurigo“ beschriebene Hautaffektion, die nach Berliners Ansicht durch den „traumatischen Einfluss der direkten Sonnenstrahlen“ verursacht sein sollen, gehören zu dem, von Brocq aufgestellten Typus der „Prurigo simplex à poussées successives“; sie stehen mit den wirksamen Sonnenstrahlen, den chemischen Strahlen in keinem ätiologischen Zusammenhange. Von Hydroa aestivale giebt der Verfasser unter Anführung aller 36 bis jetzt beobachter Fälle eine ausführliche Beschreibung. Die charakteristischen Efflorescenzen bei dieser Affektion sind Blasen, die entweder multilokulär sind, von der etwas eingesunkenen Mitte aus allmählich zu einer braunen Kruste eintrocknen und den Impfnarben vollständig gleichende Narben hinterlassen (Hydroa aestivale vacciniforme) oder Blasen, die, unilokulär, den Charakter der Verdrängungsblasen besitzen und ohne Narbenbildung abheilen (Hydroa aestivale vesiculobullosum). Durch sekundäre Infektion kann auch bei der letzteren Form Narbenbildung verursacht werden. Das Wesentliche im ganzen Krankheitsprozeſs ist eine intensive leuko-seröse Entzündung in der Cutis und Epidermis mit Blasenbildung und nekrotischen Veränderungen; das Primäre scheint eine starke Gefäſsdilatation zu sein. Daſs auch in der Ätiologie des Xeroderma pigmentosum die ultravioletten Strahlen eine bedeutsame Rolle als hervorrufendes Moment spielen, wird jetzt von fast allen Beobachtern anerkannt. Gewisse Berührungspunkte mit Xeroderma pigmentosum hat in Bezug auf die Ätiologie und den klinischen Verlauf die von Unna unter dem Namen „Seemannshaut“ und „Carcinom der Seemannshaut“ beschriebene Affektion. Was die Wirkung des Lichtes bei bereits bestehenden Hautveränderungen betrifft, so scheinen „bei der Intoxikationskrankheit Pellagra viele Beobachtungen dafür zu sprechen, daſs die Hauteruption auf einem Zusammenwirken zwischen dem im Blute zirkulierenden oder in den Zellen abgelagerten Krankheitsgifte einerseits und der von den chemischen Strahlen des Lichtes auf der Haut ausgeübten Irritation andererseits beruht; bei der Infektionskrankheit Variola scheint es sich, soweit es den Hautausschlag betrifft, ziemlich analog zu verhalten.“ Daraus erklärt sich die vielfach beobachtete Thatsache, daſs der Verlauf der Pocken ein viel leichterer ist, und daſs insbesondere die Narbenbildung ausbleibt, wenn die Kranken von den chemischen Lichtstrahlan vollkommen geschützt werden. Im letzten Abschnitt werden die von Buchner, Finsen und Bie bezüglich der baktericiden Kraft des Lichtes angestellten Versuche, die Finsensche Lichttherapie und endlich, unter Anführung der einzelnen von den verschiedenen Forschern behandelten Fälle, die Röntgentherapie besprochen. Den Schluſs bildet eine elf Groſsquartseiten füllende Litteraturübersicht.

Bei dem groſsen Interesse, das seit einigen Jahren den Licht- und Röntgenstrahlen zugewendet wird, ist es an sich sehr zu begrüſsen, wenn in dem vorliegenden Werke ein Fachmann es übernommen hat, das Thema von der Wirkung des Lichtes auf die gesunde und kranke Haut im Zusammenhange darzustellen. Das Buch, an dem, abgesehen von anfechtbaren Einzelheiten in der Einteilung, lediglich eine unbeholfene, den Ausländer nur allzusehr verratende Sprache stört, erschöpft den Gegenstand nach allen Richtungen hin und giebt ein einheitliches, mit groſsem Fleiſse und groſser Sorgfalt ausgeführtes Bild von dem gegenwärtigen Stand unserer Kenntnisse bezüglich der Lichtwirkung. Möllers Werk, das eine kleine Anzahl ausgezeichneter Abbildungen enthält, kann bestens empfohlen werden. *Götz-München.*

Die Geschlechtskrankheiten, deren Komplikationen und Folgen, von Edw. L. Keyes und Charles H. Chetwood; illustriert mit 8 Farbendruck-Tafeln und 107 Abbildungen. New York, W. Wood & Co., 1900. Von den drei Teilen, welche

das vorliegende, zirka 860 Seiten starke Buch enthält, nämlich 1. akute und chronische Blennorrhoe, 2. weichen Schanker, 3. Syphilis u. s. w., ist zweifellos der erste über Blennorrhoe, deren Komplikationen und Folgen der wissenschaftlich bedeutendste und in jeder Beziehung eine für den Praktiker sehr empfehlenswerte Lektüre. Trefflich ausgeführt und sehr instruktiv sind die Tafeln über mikroskopische Befunde (Gonokokken, Pseudogonokokken). Bei der Behandlung der Blennorrhoe mit Irrigationen erfahren wir, dafs dieselbe schon vor JANET von HALSTEAD-Baltimore und BREWER-New York ausgeführt worden sind und zwar mit Sublimatlösungen; CHETWOOD gebraucht zu diesen Irrigationen spezielle doppelläufige Mundstücke, deren Anwendungsart die beigegebenen Zeichnungen wohl illustrieren. Aufser Arg. nitr. benutzt CHETWOOD auch gegen die chronische Blennorrhoe mit Vorliebe das Protargol, welches in Amerika aufserordentlich viel Anhänger zu haben scheint und mit welchem bis auf eine 40%ige Lösung gesteigert wird. Das III. Kapitel des Blennorrhoeabschnittes bespricht die Balanitis und Posthitis, Herpes progenitalis und venerische Warzen; anschliefsend an letztere ist die Phimosenoperation mit zeichnerischer Darstellung aller Schnitte, Instrumente u. s. w. beschrieben; zur Anästhesierung bei Erwachsenen wird das Innere der Vorhaut mit einer 8—10%igen Kokainlösung ausgefüllt, welche wenigstens 5 Minuten zurückbehalten werden soll, aufserdem wird die Haut noch mit 2%iger Kokainlösung anästhesiert [was doch etwas zu viel des Kokains sein dürfte, Ref.]. Nicht minder ausführlich und mit Anführung des gesamten notwendigen Instrumentariums ist die Behandlung der Harnröhrenstrikturen beschrieben; die Elektrolyse, von mancher Seite so sehr empfohlen, verwerfen Verfasser. Auch die Divulsionsmethode, die heute beinahe ganz verlassen ist, aber gewisse Vorzüge vor der inneren Urethrotomie besitzt, ist noch beschrieben, schliefslich auch die Aspiration der Blase, der retrograde Katheterismus und COOKES Operation (perinealer Schnitt ohne irgend welche Führung oder Leitung). Das letzte (VII.) Kapitel der Blennorrhoe umfafst den blennorrhoischen Rheumatismus, die nicht spezifischen Augenaffektionen bei demselben — sie kommen während des Verlaufs des blennorrhoischen Gelenkrheumatismus oder abwechselnd mit demselben während verschiedener Attaquen der Harnröhrenentzündung zur Beobachtung, können Iris, Conjunctiva, Cornea und Sclera betreffen und sollen keineswegs auf Infektion beruhen — und schliefslich noch die eigentliche, blennorrhoische Ophthalmie mit ausführlicher Beschreibung der Therapie. Der Abschnitt weicher Schanker enthält im I. Kapitel Ätiologie, Definition und klinische Geschichte, im II. Kapitel: Diagnose, Prognose und Behandlung, und im III. Kapitel die Komplikationen; als beste Behandlung des Schankers, wenigstens für die Anfangsstadien wird Ätzung mit reiner Salpetersäure nach vorheriger antiseptischer Reinigung und Anästhesierung mit 4%iger Kokainlösung angegeben. Der III. Abschnitt, die Syphilis hat, wie schon die Vorrede besagt, vor allem den wichtigen Zweck, des Autors (KEYES') Lehren über die Behandlung der Syphilis bekannt zu machen; er nennt sie die tonische Art der Behandlung wegen des prolongierten, milden Gebrauchs von Quecksilber, so dafs durch dasselbe der Patient keinerlei Schaden leidet, während seine Krankheit unterdrückt wird. Das Quecksilber wird innerlich, hauptsächlich in der Form des Protojodids und zwar der von Frankreich importierten Granules, von welchen jedes 1% Hg enthält, genommen; die Dosen müssen je nach dem Zustand wechseln, die Dauer der Behandlung ist meist zirka $2^1/_2$ Jahre, im allgemeinen ist es erwünscht, dafs Patient ein Jahr frei von allen Erscheinungen ist, bevor die Behandlung als beendigt erklärt wird. Natürlich sind auch die Inunktionsmethode — besonders bei Kindern oder bei Erwachsenen gleichzeitig mit der internen Therapie zur Verstärkung der Kur oder bei Magenschwäche für sich allein zu gebrauchen — und die Injektionen, wenn auch

etwas nebensächlich, beschrieben. Ein spezielles Kapitel ist der Übertragung der Syphilis gewidmet; Verfasser halten es für unwahrscheinlich, dafs dieselbe durch die physiologischen Sekrete, nicht einmal durch Milch und Samen, stattfinde. Es folgen nun in sieben Kapiteln die syphilitischen Erscheinungen der einzelnen Organe (1. Haut, 2. Schleimhäute, Lymphdrüsen, Haare und Nägel, 3. Muskeln, Sehnen, Knochen u. s. w., 4. der inneren Organe, 5. des Nervensystems, 6. der Urogenitalorgane beider Geschlechter und 7. von Auge und Ohr). Das letzte Kapitel (XVII.) des ganzen Buches beschreibt die Heredosyphilis und deren Behandlung. Die wenigen Einzelheiten, auf deren Anführung Referent sich beschränken mufste, mögen genügen, um die Empfehlung des Buches als guten Leitfaden für die Geschlechtskrankheiten berechtigt erscheinen zu lassen. *Stern-München.*

Ekzema, von L. Duncan Bulkley-New York. 3. Aufl. G. P. Putnams Sons-New York und London. 1901. Verfasser betrachtet das Ekzem nicht als eine rein örtliche Hauterkrankung, sondern als Zeichen einer konstitutionellen Störung, er sieht mit Brocq in dem Ekzem „den Reflex der Konstitution eines Individuums auf seiner Haut". Mit grofser Wärme und viel Geschick wird diese Theorie vom Verfasser durchgeführt. Auf reiche Erfahrungen gestützt giebt er eine umfassende, klar und anregend geschriebene Darstellung des Leidens, welche den Praktiker befähigen soll, das Ekzem leicht zu erkennen und erfolgreich zu behandeln. Äufserst sorgfältig sind der differentiell-diagnostische Teil und die spezielle Schilderung des Ekzems an den verschiedenen Körperregionen behandelt. Dem Grundgedanken des Buches entsprechend ist grofser Wert auf die allgemeine Therapie, sowie auf zweckmäfsige diätetische und hygienische Mafsnahmen gelegt; dabei kommt jedoch die lokale Therapie keineswegs zu kurz. In dem Abschnitt über Diät bei Ekzem widmet Verfasser der Milch als Nahrungsmittel einen breiten Raum; er entwickelt darin eine Theorie der Milchresorption, die nicht unwidersprochen bleiben kann. Er ist der Ansicht, dafs reine Milch, die warm in den völlig leeren Magen hineinkommt, unmittelbar von den Lymphgefäfsen des Magens resorbiert wird, ohne dafs es zuvor zur Gerinnung kommt; sowie die geringste Säureausscheidung des Magens erfolgt, ist diese Art der Resorption nicht mehr möglich. Versuche an Tieren sollen diese Theorie bestätigt haben. Gegen dieselbe spricht erstens die physiologische Thatsache, dafs die Gerinnung der Milch unabhängig von der Säureausscheidung, auch bei völlig neutralisiertem Mageninhalt stattfindet und einen fermentativen Prozefs darstellt, zweitens die Thatsache, dafs auch im Magen des Säuglings, der noch nichts anderes als Milch beherbergt hat, die Milch der Gerinnung unterliegt. — Für das Studium des Ekzems kann das Buch nur wärmstens empfohlen werden. *A. Loewald-Cassel.*

Atlas und Grundrifs der speziellen pathologischen Histologie, von Herm. Dürck-München. II. Bd. Leben, Harnorgane, Geschlechtsorgane, Nervensystem, Haut, Muskeln, Knochen. (J. F. Lehmann, München. 1901.) Die bekannte Thatsache von der Vortrefflichkeit der Lehmannschen Handatlanten findet auch in diesem Bande wieder seine volle Bestätigung. Die klaren, gut ausgeführten Illustrationen werden in knapper, das Verständnis sehr erleichternder, Weise von dem entsprechenden Texte begleitet. Auf 120 Tabellen mit etwa der doppelten Zahl Figuren, welche grofsenteils gefärbten Schnitten entsprechen, und nahezu 200 Seiten Text ist das ganze obige Thema behandelt und dürfte dieser als sowohl dem Arzte wie dem Studierenden ein guter Wegweiser durch dieses oft so schwierige Gebiet der pathologischen Histologie sein. Was uns beim Kapitel Leber besonders interessiert, sind die Zeichnungen über frische gummöse Hepatitis bei akquirierter Syphilis und

die grofsen verkalkten Gummen mit sekundärer syphilitischer Cirrhose, ferner die syphilitischen Veränderungen der Leber bei hereditärer Lues, beim Pankreas ist ebenfalls der kongenitalen Lues insbesondere gedacht. Das grofse Kapitel der pathologischen Histologie der Niere ist in allen Teilen von den Zirkulationsstörungen, Infarkten bis zu den verschiedenen Degenerations- (Fett-, Amyloid- u. s. w.) und Entzündungszuständen mit der genuinen Schrumpfniere ausführlich beschrieben; ebenso Tuberkulose, Syphilis, Geschwülste der Niere (letztere nur ganz kurz). Von der Harnblase ist deren diphtherische Entzündung sehr schön dargestellt, von der Prostata die Erscheinungen der Atrophie und Hypertrophie, vom Hoden die gummöse Orchitis und die Tuberkulose (zwei verschiedene Formen). Beim Kapitel „Nervensystem" kommen hier in Betracht die syphilitische Pachymeningitis spinalis und die gummöse Leptomeningitis, ferner die schönen Abbildungen über Tabes dorsalis. Von der Haut sind folgende krankhaften Prozesse histologisch dargestellt: Pigmentierung derselben bei Morbus Addisonii, Haut bei Vitiligo, Naevus pigmentosus, Molluscum contagiosum (am Fufsrücken), Lupus hypertrophicus, Leichentuberkel vom Finger, Variolapustel (von der Haut des Rückens), Erysipel der Haut, Phlegmone des Unterhautzellgewebes. Aus dem Kapitel Knochen und Gelenke sei die instruktive Tafel über Osteochondritis syphilitica einer Rippenepiphyse bei kongenitaler Syphilis erwähnt. Eine kurze Beschreibung der normalen Histologie der betreffenden Gewebe ist den einzelnen Kapiteln je vorangestellt. *Stern-München.*

Krankheiten der Haut, von A. Neisser-Breslau, unter Mitwirkung von J. Jadassohn-Bern. (*Handbuch der praktischen Medizin*, redigiert von Ebstein und Schwalbe. 3. Band, 2. Teil. Ferdinand Enke, Stuttgart 1901.) Das Ebstein-Schwalbesche Handbuch will den praktischen Ärzten einen Überblick über den gegenwärtigen Stand der „praktischen" Medizin geben, d. h. des grofsen Gebietes der Medizin, auf dem der praktische Arzt sich zu bethätigen hat. Kann man nun erfreulicherweise das ganze Werk mit Fug und Recht als wohlgelungen bezeichnen, so ist insbesondere die vorliegende Darstellung der Hautkrankheiten eine treffliche zu nennen. Der Bestimmung des Handbuches und dem Wesen des besprochenen Spezialfaches gemäfs werden Symptomatologie und Therapie am ausführlichsten erörtert, daneben aber auch Ätiologie und Diagnostik voll berücksichtigt; pathologische Anatomie und Histologie werden dagegen sehr kurz, vielleicht sogar ein wenig zu kurz abgethan. Ein System legt Neisser seiner Darstellung nicht zu Grunde, sondern nur eine nach klinischen Gesichtspunkten vorgenommene Gruppierung, die, gleich allen bisher gemachten Einteilungen, der Willkür nicht ermangelt und überdies beweist, wie weit wir noch von der Aufstellung eines wirklichen guten Systems der Hautkrankheiten entfernt sind. Im grofsen und ganzen steht Neisser auf dem Standpunkt, dafs die Morphologie der Hauterscheinungen das Mafsgebende bei der Beurteilung der Hautkrankheiten ist. Andererseits klassifiziert er manchmal nach streng bakteriologisch-ätiologischen Gesichtspunkten; so definiert er das Erysipel als „eine durch Streptokokkeninfektion in der Haut zu stande kommende Dermatitis" und fafst „die durch andere Bakterien erzeugten, klinisch oft sehr ähnlich erscheinenden Dermatitisformen unter dem Namen Pseudoerysipele" zusammen. Sehr erfreulich ist der oft wiederholte Hinweis darauf, dafs wir es in der Praxis nicht mit Hautkrankheiten, sondern mit hautkranken Menschen zu thun haben, dafs es also für das Verständnis der Dermatosen und ihres Verlaufes, insbesondere aber zur richtigen erfolgreichen Behandlung unumgänglich notwendig ist, den Zusammenhang der Hauterscheinungen mit Allgemeinstörungen des Organismus klarzustellen und zu berücksichtigen. Auf weitere Einzel-

heiten einzugehen, ist hier nicht möglich. Dafs eine Reihe von Details anfechtbar erscheint, ist eigentlich selbstverständlich, thut aber dem unbestreitbar grofsen Wert des Buches keinen Abbruch. Die beigegebenen Abbildungen sind zum Teil recht gut, zum Teil allerdings stehen sie nicht auf wünschenswerter Höhe. Die Litteraturangaben sind nicht sehr ausführlich, sie sollen sich, wie es in der Einleitung zum ganzen Handbuch heifst, „auf eine Auswahl wesentliche Fortschritte und ausgedehnte Litteraturverzeichnisse enthaltender Arbeiten" beschränken; am ausführlichsten sind sie in den Abschnitten, die JADASSOHN, auch im übrigen sehr eingehend und sehr gut, behandelt hat; es sind das die Atrophien, die Erkrankungen der Schweifsdrüsen, Haare und Nägel, die Neubildungen und die Zoonosen.

Der gleiche Band, in dem aufser den Hautkrankheiten auch die „sogenannten Konstitutionskrankheiten" und die „Krankheiten der Bewegungsorgane" besprochen werden, enthält eine Abhandlung über „Tripperrheumatismus" von DAMSCH-Göttingen und von J. ROSENBACH-Göttingen Abhandlungen über „Erkrankungen der Gelenke bei Blennorrhoe" und über „syphilitische Knochen- und Gelenkerkrankungen". Warum gerade die blennorrhoischen Gelenkaffektionen zweimal, einmal von einem Internisten und einmal von einem Chirurgen besprochen werden müssen, ist unerfindlich, wird auch durch den Inhalt der beiden Artikel nicht erklärt. Im übrigen sind auch diese Darstellungen, insbesondere die der syphilitischen Knochen- und Gelenkerkrankungen eingehend und gut. *Götz-München.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Syphilis.

Ein Beitrag zur Geschichte der Syphilis, von B. REBER-Genf. (*Corresp.-Bl. f. schweiz. Ärzte.* 1900. No. 16.) Verfasser hat ein diesbezügliches Dokument in dem von RENWARD CYSAT zusammengestellten und im Archiv zu Luzern aufbewahrten „Pestbuch" gefunden, das er im Urtext (1591) wiedergiebt. Es enthält dasselbe eine Reihe von sehr scharfen Verordnungen mit bedeutenden Einschränkungen der von der Syphilis („Franzosen") Ergriffenen (Isolierung etc.) und die behandelnden Ärzte *C. Müller-Genf.*

Der Kampf gegen die Syphilis, von E. DE LAVARENNE. (*Presse méd.* 1901. No. 27.) Verfasser predigt die Notwendigkeit eines allgemeinen Kampfes der Gesellschaft gegen die Syphilis, wie auch gegen Tuberkulose und Alkoholismus angekämpft wird und verweist darauf, dafs Professor FOURNIER, anknüpfend an die Gründung der internationalen Gesellschaft für sanitäre und moralische Prophylaxe (Brüssel 1899) im März 1901 eine französische Zweiggesellschaft gegründet hat. Da deren vornehmstes Ziel hinsichtlich der Stellung gerade dieser venerischen Krankheiten zum Publikum eine erzieherische sein soll und mufs, hat man, um die Dinge, wie sie auch wirklich liegen, der grofsen Masse vor Augen zu führen, für die Gesellschaft den Namen Ligue contre la syphilis gewählt. Es soll der Versuch gemacht werden, aus den geheimen Krankheiten Leiden zu machen, die ebenso wie Tuberkulose und Lepra im öffentlichen Leben diskutierbar werden. *Hopf-Dresden.*

Über endemische Syphilis der Gegenwart, von I. NEUMANN. (*Wien. med. Presse.* 1901. No. 1—2.) Die in den zivilisierten Ländern unter verschiedenen Namen

(Radesgye, Libbens, Morbus Dithmaricus, Mal de St. Euphemie, Maladie de Chavanne-Lure, Pian de Nérac, Falcadina, Frenjak, Boala, Skerljevo etc.) vorkommenden endemischen Krankheiten wurden als Syphilisendemien festgestellt, was man von dem in den kroatisch-dalmatinischen Ländern vorkommenden Skerljevo nicht behaupten kann, welche vielmehr einen Sammelnamen für viele Krankheiten abgiebt. Die Bemühungen der Regierungen waren schon seit dem Beginn des 19. Jahrhunderts dahin gerichtet, die Erkrankungsformen darzulegen und durch systematische Behandlung in Hospitälern einzudämmen, welches aber bis heute noch kaum gelungen ist. Verfasser hatte im letzten Jahrzehnte in Bosnien und der Herzegovina über die Skerljevo Studien gemacht, die syphilitischen Erkrankungen von den nichtsyphilitischen gesondert und so die Verbreitung, Frequenz und Formen der endemischen Syphilis festgestellt. Aus verschiedenen Gebieten beider Länder wurden 336 Individuen als syphiliskrank konstatiert, von denen 36 % mit recenten und 64 % mit Spätformen behaftet waren. Die in den zivilisierten Ländern allgemein herrschenden Verhältnisse, wo die Frequenz der recenten Formen die Spätformen weit überragt, sind in diesen Gebieten umgekehrt, die Frequenz der Spätformen ist nahezu doppelt so groſs als die der recenten. Die höchste Frequenz dem Alter nach entfiel auf das 20. und 40. Lebensjahr. Die Spätformen erweisen sich als gummöse und ulceröse Prozesse der allgemeinen Decke (48,67 %), ferner die der Nase und des weichen Gaumens (32 und 25 % der Gesamtsumme der Spätformen). Bei vielen Kranken war die Haut des Rückens, der Brust, der Extremitäten in straffes, konstringierendes Narbengewebe verwandelt und durch den Verlust der Elastizität der Haut die Funktion der betreffenden Organe in hohem Grade beeinträchtigt. Die Verschwärungsprozesse sind als kombinierte Einwirkung des Syphiliserregers und Eiterkokkeninfektion aufzufassen, aber nicht in dem Sinne von TARNOWSKY, sondern infolge der schlechten hygienischen und Ernährungsverhältnisse. In den anderen Balkanländern (Serbien, Bulgarien, Rumänien und Montenegro), wo gleiche kulturelle und volkswirtschaftliche Verhältnisse herrschen, ist die Verbreitung und die charakteristischen Formen endemischer Syphilis ganz analog den hier besprochenen Gebieten. zumeist ist die Verbreitung durch frühzeitige extragenitale Kontaktsyphilis bedingt. Auf die Descendenz vererbt sich eine geminderte Widerstandsfähigkeit infolge der permanenten konstitutionellen Erkrankung von Eltern und Groſseltern. In den kulturell und wirtschaftlich zurückgebliebenen Gebieten, den Balkanländern und Ruſsland, stehen der Eindämmung der endemischen Syphilis anders geartete Hindernisse entgegen als in den zivilisierten Ländern. Noch weniger als in den letzteren kann sie brevi manu bewerkstelligt werden, erfordert eine lange Zeit fortgesetzte, ununterbrochene, zielbewuſste, energische Arbeit und groſse Mittel. Bildung der Massen, Kreierung von Kindergärten, in denen die Kinder zur Reinlichkeit, Ordnung angehalten werden und Lebensart lernen, Unterricht in der populären Hygiene, Kurse für Hebammen, Volksbäder, Krankenanstalten, eine entsprechende Anzahl staatlich besoldeter Ärzte, Hebung der ökonomischen Verhältnisse, Linderung des Pauperismus. *A. Alpár-Alexandria.*

Syphilis in der englischen Marine, von GREENHALGH. (*Brit. med. Journ.* 24. Nov. 1900.) Der Verfasser weist an Beispielen nach, wie unzweckmäſsige oder mangelhafte Behandlung der Marinesoldaten zur Verbreitung der Syphilis beitragen könne. Man werde die Lues eindämmen, wenn man die Daten der Krankheit der Patienten, den Beginn, den weiteren Verlauf und vor allem die durchgemachten Kuren genau registriere. Die Kuren müſsten energisch sein und in gewissen Zwischenräumen repetiert werden. *C. Berliner-Aachen.*

Über die angebliche defensive, phagocytäre Bedeutung des Lymphdrüsensystems gegenüber dem syphilitischen Virus und den semiologischen Wert der bei der Syphilis den verschiedenen Adenopathien zukommt, von T. DE AMICIS. (*Giorn. intern. delle scienze mediche.* 1901. No. 2) Verfasser bespricht kurz die Arbeiten von METSCHNIKOFF, KANTHACK u. HARDY, DE BRUYNE etc. über den Phagocytismus, weist nach, daſs das Lymphgefäſssystem, speziell den Lymphdrüsen, bei der Syphilis, wie bei den anderen groſsen Infektionskrankheiten chronischen Verlaufes (Tuberkulose und Lepra) wirklich die ihnen zuerkannte Rolle in Bezug auf die Retention und die Verbreitung des spezifischen Giftes zukommt. Er weist schlieſslich auf die besondere diagnostische Bedeutung der Infiltration der epitrochlearen Lymphdrüsen hin, nach welcher in zweifelhaften Fällen stets gefahndet werden soll. Vier kurz beschriebene Krankengeschichten zeigen, daſs diese Drüsen, so weit sich dies wenigstens durch die Palpation feststellen läſst, allein infiltriert sein können.

C. Müller-Genf.

Die Symptome der sogenannten Latenz der Syphilis, von STRÖHMBERG. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1900. No. 40.) Bei der groſsen Bedeutung der Syphilis ist es von Interesse, die Krankheit auch im Latenzstadium erkennen zu können. Verfasser beschreibt die Symptome der Latenz unter verschiedenen Rubriken. Als objektiv wahrnehmbare Vorläufer beschreibt er Lymphdrüsenschwellungen, fleckige Rötungen der Schleimhäute, Fieber, Schnupfen; als Residuen manifester Symptome die zurückgebliebenen Reste der Induration, die Pigmentierungen nach papulösen Syphiliden, die Trübung und Auflockerung der Tonsillarschleimhaut; als mehr oder minder selbständige Symptome die allgemeine Lymphadenitis, die Anämie, das Leukoderma, den allgemeinen Haarschwand, die leicht übersehbaren, meist sehr blassen Erytheme, die mangelhafte Neigung von Ätzwunden, während des kondylomatösen Stadiums zu heilen und Flecke oder Pigmentierungen zu hinterlassen; als seltenere Symptome fleckiger Ausfall der Haare, Verlust des Glanzes der Nägel, Vergröſserung von Leber und Milz, nervöse Störungen. Die konsekutiven Erscheinungen, Prädisposition für Tuberkulose, Rhachitis etc. kommen kaum in Betracht. Als subjektive Symptome kommen vor: Müdigkeit, Arbeitsunlust, Parästhesien etc.

F. Hahn-Bremen.

Kasuistische Mitteilungen, von LOCHTE-Hamburg. (*Mitteil. a. d. Hamb. Staatskrankenanst.* Bd. II, Heft 3.)

1. **Ein Fall von tertiärer Sklerose.** Eine 40jährige Prostituierte, welche im Laufe von 22 Jahren schon dreimal im Hamburger Krankenhaus wegen deutlicher syphilitischer Affektionen (Papeln und Gummen) behandelt worden war, zeigte an der einen Nymphe eine fünfpfennigstückgroſse, absolut das Bild einer frischen Sklerose bietende steinharte Efflorescenz ohne jede andere Zeichen von Lues. Excision in Narkose. Die mikroskopische Untersuchung ergab Granulationsgewebe mit besonders ausgeprägter Erkrankung der Gefäſshäute (ringförmige Wülste um die Gefäſsstämme, Wucherungen der Endothelien und des perivaskulären Gewebes) Heilung der Nähte per primam intentionem. Übrigens erkrankte die Person einige Wochen später an multiplen Gummen, die erst einer längeren spezifischen Therapie wichen.

2. **Über Enteritis syphilitica hereditaria.** Angeborene Darmsyphilis gehört bekanntlich zu den seltenen Beobachtungen. Von wenigen älteren Mitteilungen aus den sechsziger bis achtziger Jahren abgesehen hat besonders MRAČEK sechs einschlägige Fälle berichtet. Der Verfasser fügt diesen zwei weitere hinzu. Bei dem ersten Kind, das im achten Monat geboren, acht Tage nach der Geburt zu Grunde ging, fanden sich neben der Lues der Lunge, des Pankreaskopfes, der Nieren und der Knochen erstens „ausgedehnte Atrophie der Drüsenschicht und Verbreiterung des interglandu-

lären Gewebes" und zweitens „circumscripte ulceröse Herde". Das Kind ist an Darmblutungen zu Grunde gegangen, doch wäre es auch ohne diese mindestens pädatrophisch geworden. Bei dem zweiten Kind, das zu normaler Zeit geboren am siebenten Tage nach der Geburt starb, zeigte der Darm neben Verfettung an Submukosa und Muskularis unzählige miliare Gummen beziehentlich miliare syphilitische Nekrosen, die aber bei makroskopischer Betrachtung dem Blick nicht sichtbar waren.

3. **Über Todesfälle im Frühstadium der Syphilis bei angeborener Enge der Aorta.** Verfasser berichtet zwei Fälle von frischer Syphilisinfektion bei jungen anämischen Mädchen, die beide im Collaps zu Grunde gingen. Bei der Autopsie ergab sich in beiden Fällen Enge der Aorta, in dem einen Falle auch auch starke Herzmuskelverfettung. Als Todesursache ist wahrscheinlich die Kombination der im Verlauf der Lues aufgetretenen Chlorose mit der hereditären Enge der Aorta anzusehen. *Hopf-Dresden.*

Atypische Formen von Syphilis, von TARNOWSKY. (*Russ. Journ. f. Haut- u. vener. Krankh.* Charkow 1901. No. 1.) Verfasser resumiert seine Erfahrungen über die syphilitischen Formen in folgender Weise: Die zweite syphilitische Generation, d. h. Kinder von Eltern, die Syphilis acquiriert hatten, ist bei der Geburt immun gegen Syphilis, gleichviel ob hereditär-syphilitische Symptome vorhanden sind oder nicht. Diese Immunität geht aber in der gröfseren Majorität der Fälle in der Kindheit oder vorwiegend in der Pubertät verloren. Wird nun diese zweite Generation syphilitisch infiziert, so entsteht die sogenannte „verdoppelte Syphilis" oder Syphilis binaria, welche durch einige Besonderheiten sich auszeichnen kann, nämlich: a) durch eine abortive Form — Syphilis abortiva oder b) durch einen leichten, gutartigen Charakter — Syphilis levis s. benigna oder c) durch atypische Erscheinungen — Syphilis atypica proprie sic dictu. In der Mehrzahl der Fälle verläuft aber die Syphilis binaria ganz ebenso wie die einfache acquirierte Syphilis. Alle Fälle von Syphilis binaria zeichnen sich aber durch einen ganz besonders bösartigen Einfluſs auf die Nachkommenschaft aus, indem Aborte, Totgeburten, früher Tod der Kinder doppelt so oft vorkommen und ebenso kommen ganz besonders schwere Formen von Dystrophien bei den Nachkommen vor. *Arth. Jordan-Moskau.*

Syphilis, von W. S. FRANKLIN - Morganville. (*Louisville Journ.* 1900. No. 7.) Der Verfasser wendet sich gegen eine kürzlich erschienene Arbeit H. PLUMMERS, der den Schanker als örtliche Krankheit behandelt. Demgegenüber betont FRANKLIN, daſs beim Erscheinen der sichtbaren Sklerose der Organismus schon infiziert ist. Totales Ausbrennen und absolute weitreichende chirurgische Entfernung der Sklerose sind daher nutzlos, wie Verfasser an vielen Fällen hat konstatieren können. Jodoform verwirft er für die Ulcusbehandlung und gebraucht stets mit dem Resultat gröfster Reinigung das Zinksulfat. Desgleichen verwirft er die spezifische Therapie bei bloſsem Vorhandensein des Primäraffektes ohne andere Symptome. Er erwähnt einen Fall von HUNTERschem Schanker, dem bei zwölfjähriger Beobachtung durch den Arzt keine Sekundär- und Tertiärsymptome folgten, ebenso berichtet er über zwei Fälle aus der eigenen Praxis, bei denen die Infektion durch Unzucht mit Pferden entstanden sein soll, allen Ernstes. Prophylaktische Kuren erklärt der Verfasser für schädlich, weil oft überflüssig. Zum Schluſs wendet er sich noch gegen die Meinung des besagten Dr. PLUMMER, der Syphilis als die einzige Ursache des Krebses erklärt.

Hopf-Dresden.

Fünfundzwanzig Fälle von Extragenitalschanker, von 1897—1899 beobachtet, von A. H. OHMANN-DUMESNIL-St. Louis. (*St. Louis med. Journ.* 1900. No. 6.)

Aus den mitgeteilten Krankengeschichten lassen sich folgende Resultate herausschälen. Die 25 Fälle verteilen sich auf 12 Männer und 13 Frauen. Doch beruht dies Verhältnis wohl rein auf Zufall. Befallen war die Lippe siebenmal, Finger fünfmal, Daumen zweimal, Leisten zweimal, Mastdarm zweimal, Zunge dreimal, Vorderarm einmal, Tonsille, harter Gaumen und Nacken einmal. Sechsmal betraf der zufällig erworbene extragenitale Primäraffekt der Syphilis Ärzte, einmal eine Hebamme. Die 25 Beobachtungen entfallen auf drei Jahre Praxis. *Hopf-Dresden.*

In der Socété des Sciences médicales de Lyon (*Lyon méd.* 1901. No. 16) sprach PINATELLE über einen **Fall von hartem Schanker des Daumens.** Es handelte sich um einen Mechaniker, der sich bei der Bearbeitung eines Metallgegenstandes eine kleine Hautwunde an der Aufsenseite des Daumen-Interphalangealgelenkes zugezogen hatte. Die Wunde heilte sehr schnell, brach aber nach 14 Tagen wieder auf, und es entstand an dieser Stelle eine typische Initialsklerose; gleichzeitig schwollen die Drüsen in der Achselhöhle an. Nach weiteren 14 Tagen, also vier Wochen nach der Infektion trat ein Roseolaexanthem auf, dem sich alsbald heftige Kopfschmerzen, Schluckbeschwerden und eine Plaque muqueuse auf der rechten Tonsille zugesellten. *Götz-München.*

Der syphilitische Schanker der Nasenschleimhaut, von GAREL. (*Lyon méd.* 1900. No. 31.) Der Verfasser beschreibt vier neue Fälle von spezifischem Schanker der Nasenscheidewand und macht auf die diagnostischen Schwierigkeiten dieser Affektion vor dem Auftreten der Sekundärerscheinungen aufmerksam. Der Schanker der Nase zeichnet sich vor allem durch seinen Polymorphismus aus. Sein Sitz befindet sich häufiger an der Scheidewand denn an der inneren Fläche des Nasenflügels. Die Infektion geschieht in der Mehrzahl der Fälle durch Vermittelung des Fingers, der mit spezifischen Keimen verunreinigt worden ist (Toilettengegenstände). Der Schanker bildet eine Erhabenheit auf der Nasenschleimhaut mit einer Ulceration an der Spitze (Ulcus elevatum), welche Ulceration mit einer grünlichen Borke bedeckt ist (zuweilen mit einer diphtherieartigen Membran). Meist breitet sich der Schanker der Nasenschleimhaut, selbst wenn er sehr tief gelegen ist, nach aufsen hin aus, so dafs nicht mehr allein die der Schleimhaut entsprechenden pharyngealen Lymphdrüsen sondern auch die submaxillaren infiltriert sind. *C. Müller-Genf.*

Über Reinfektion bei Syphilis, von G. NOBL. Vortrag, gehalten in der Sitzung vom 11. März 1901 des Wiener medizinischen Doktorenkollegiums. (Autorreferat.) Die von RICORD während seiner ganzen Wirksamkeit vertretene These von der Einmaligkeit der Syphilis, kann nach den Ausführungen des Vortragenden, ihrem vollem Umfange nach, längst nicht mehr zu Recht bestehen. Einwandfreie Wahrnehmungen gewissenhafter Beobachter haben die Gesetzmäfsigkeit dieser Unität der Infektion zu erschüttern vermocht und dienen als wertvolle Belege dafür, dafs die Syphilis dem Organismus nicht immer eine dauernde Immunität verleiht. Immerhin müsse die Reinfektion bei der enormen Häufigkeit der Lues als ein äufserst seltenes Vorkommnis hingestellt werden, dafs — im Gegensatze zu anderen Observationen — immer noch seltener sein dürfte, als es die bisherigen literarischen Aufzeichnungen vermuten lassen.

Von einer Reinfektion kann nach NOBL nur dann die Rede sein, wenn der gesamte Symptomenkomplex der Syphilis, von dem Initialeffekt angefangen, bis zu den Allgemeinerscheinungen, beidemal nach der entsprechenden Inkubationsdauer zur Entwickelung gelangt und zwischen den Allgemeinsymptomen der Ersterkrankung, respektive den Recidiven derselben und der Neuinfektion zumindest ein, der erfahrungs-

gemäfsen Dauer des irritativen Syphilisstadiums entsprechender Zeitraum verflossen ist.

Bei Aufrechterhaltung dieser unerläfslichen Postulate müsse von vorneherein die gröfsere Hälfte der bisher mitgeteilten Fälle bei der Beurteilung der Reinfektion aufser Acht gelassen werden.

In mehr als einem Dritteile der vom Vortragenden gesichteten Observationen ist die Annahme einer Reinfektion einzig und allein auf die Neuentwickelung einer primären Induration oder höchstens eine Kombination derselben mit Drüsenschwellung gegründet.

Trotz aller Würdigung der Thatsache, dafs die Syphilis in jeder Phase ihrer Entwickelung zum Stillstande gelangen könne, weist Nobl darauf hin, dafs die bis heute zur Verfügung stehenden Reaktionsmittel doch nicht ausreichende seien, um aus dem Primäraffekte und der Skleradenitis, auch ohne spezifische Folgeerscheinungen die syphilitische Natur der Alteration behaupten zu können.

Ein besonderes Gewicht sei auf den Nachweis von charakteristischen Allgemeinsymptomen bei der Reinfektion schon aus dem Grunde zu legen, als bei der besonderen Tendenz luetischer Produkte zu lokaler Recidivierung und der Eigenschaft auch nicht spezifischer Läsionen auf luetischem Boden zu indurieren, für die unrichtige Deutung der Befunde der weiteste Spielraum geboten wird. So sei die Bedeutung manchen Reinfektionsfalles auf das alltägliche Niveau eines an der Stelle der Sklerose gewucherten Gummas, eines Chankroids oder auch einer Reinduration des Primäraffektes zu reduzieren, zumal all diese Läsionsformen mit Intumescenz der regionären Drüsen einhergehen können.

Nach Ausscheidung der angeführten Kategorien und jener nicht geringen Zahl von Fällen, bei welchen die Diagnose der Ersterkrankung auf den schwanken Wert anamnestischer Daten der Patienten selbst basiert erscheint, bleibt immer noch eine Reihe beweiskräftiger Wahrnehmungen zurück, deren Unanfechtbarkeit die Namen der Beobachter: Neumann, Lang, Mračeк, Caspary, Köbner, Pellizzari, aus früherer Zeit: Gascoyen, Diday neben vielen anderen, verbürgen.

Einen weiteren einwandfreien, allen Postulaten genügenden Fall von syphilitischer Reinfektion bringt Nobl zur Mitteilung, welchen er während der beiden Syphilisausbrüche zu beobachten und zu behandeln Gelegenheit hatte. Die Wahrnehmung betrifft einen 42jährigen, seit vielen Jahren verheirateten Beamten, der anfangs 1894 nach aufserehelicher Kohabitation eine typische Sklerose im Sulcus coron. dorsalwärts, konsekutive Skleradenitis und nach der zweiten Inkubation ein makulopapulöses Exanthem acquirierte. Diese Eruption, wie auch zwei Recidive, welche noch im selben Jahre, respektive Mitte 1895 in Form von Schleimhautplaques, Papeln am Genitale und gruppierten Exanthemen in Erscheinung traten, wurde mittels intramuskulärer Hg-Injektionen, einer energischen Allgemeinbehandlung unterworfen. Während der folgenden Jahre zeigte der Kranke keine weiteren Erscheinungen, und war dessen völlige Heilung um so wahrscheinlicher geworden, als seine Frau nach fünfjährigem Intervall neuerdings in die Hoffnung kam und im Jahre 1899 einem gesunden Kinde das Leben schenkte, das auch in der Folge keinerlei Abweichungen von der Norm erkennen liefs. Im Monat Januar 1900 präsentierte sich der Patient mit einem unzweideutigen knorpelharten Primäraffekt der rechten Frenularnische, der nach einem drei Wochen vorher ausgeübten suspekten, extrakonjugalen Beischlaft aufgetreten war. Nach weiteren vier Wochen konnte Vortragender ein dichtes makulöses Exanthem neben universeller Drüsenschwellung verzeichnen und die Allgemeinbehandlung in Form von 5%igen Sublimatinjektionen einleiten, welche Therapie auch gegen ein annuläres Recidivexanthem, sowie Plaques muqueuses in Anwendung

kam, welche Erscheinungen mehrere Monate später zum Ausbruche gelangten. Den unnötigen Nachweis für die Virulenz seiner Neuinfektion erbrachte der Kranke, indem er noch im selben Jahre seine Frau ansteckte, die seither mit einer erodierten Sklerose des linken grofsen Labiums, Skleradenitis inguinalis und makulösem Exantheme behaftet, gleichfalls in der Behandlung des Vortragenden stand.

Bezüglich der Pathologie der Reinfektion steht Vortragender auf dem Standpunkte, dafs die Verlaufsweise derselben eine von der Ersterkrankung völlig unabhängige sei. Selbst der vielgeäufserten Ansicht, dafs die Zweiterkrankung einen besonders milden Charakter aufweise, könne nicht rückhaltlos beigepflichtet werden, indem zahlreiche Beobachtungen (Diday, Mračeк u. a.) das gegenteilige Vorkommnis illustrieren. Dafs es nicht stets die leichtesten Fälle sind, für welche die Möglichkeit der Neuansteckung in Geltung steht, gehe aus jenen interessanten Wahrnehmungen hervor, in welchen die irritativen Symptome der Reinfektion, oft noch mit gummösen Residuen der ersten Syphilis, oder schweren Läsionen der ererbten Krankheit einhergehen (Merkel, Köbner, Jakowlew, Taylor u. a.).

Ein Streiflicht werfen ähnliche Beobachtungen gleichzeitig auf die Ätiologie gewisser Spätprodukte der Syphilis.

Die von Bäumler, Lang, Finger, Neumann u. a. vertretene Ansicht, dafs den Spätformen der Syphilis oft nur die Bedeutung liegen gebliebener Reste beizumessen sei, welche des spezifischen Charakters bereits entkleidet sind, konnte erst zu vollster Anerkennung gelangen, seitdem durch das zeitliche Zusammentreffen solcher Läsionen mit einer neuen Infektion, die avirulente Natur derselben unwiderleglich erhärtet erscheint. In der Kategorie ähnlicher Läsionen figurieren nach N. vorzüglich die Schwielengummen, manche Sarkoceleformen und organisierte perivestale Wucherungen.

Ein weiteres entscheidendes Beweismoment für die Heilbarkeit der Syphilis sei in der Reinfektion zu erblicken und gleichzeitig für das spezifische Heilvermögen der Quecksilberpräparate, welche in allen bisher bekannt gewordenen Reinfektionsfällen die Ersterkrankung und ihre Recidive aufs günstigste beeinflufsten.

Ein Fall von Reinoculatio syphilitica, von Emil Laurent. (*Indépend. méd.* 1901. No. 12.) Ein 47jähriger Herr acquirierte 1892 Lues, die sich neben dem primären Affekt in Fieber, Roseola und Plaques im Mund und am After äufserte. Mehrere Jahre wurde er merkuriell behandelt und zwar sehr gewissenhaft. Jod wurde in keiner Form vertragen. Nach zwei Jahren nahm die Krankheit an Intensität ab. Einige oberflächliche, ab und zu noch erscheinende Plaques schwanden sofort nach einigen Protojodaretpillen. 1896 deutliches Ulcus molle, Dauer zwei Monate. Neuerdings hat der Betreffende einen typischen Primäraffekt acquiriert, ohne Sekundärerscheinungen. Nach seiner Angabe hat er nur mit einer Person verkehrt, die während dieser Zeit an florider Lues erkrankte. Der Verfasser meint, es läge eine zweite Infektion, ein zweiter Primäraffekt vor, eine Syphilis abortiva, „une syphilette".

Hopf-Dresden.

Syphilis und Tuberkulose, von J. Patoir-Lille. (*Presse méd.* 1901. No. 5.) Der Verfasser geht des näheren auf die Einflüsse ein, welche die Syphilis häufig auf die verschiedenen Erscheinungsformen der Tuberkulose hat. Es ist von den bedeutenderen Autoren in unserem Fache zugegeben worden, dafs die Syphilis den Verlauf der Tuberkulose zu einem rapiden zu gestalten pflegt, indem sie die Widerstandsfähigkeit des Organismus gegen die Keimgifte herabsetzt. Aufserdem vermag die Lues auch direkt auf die Tuberkulose in ihren Symptomen einzuwirken. Es folgen vier Beobachtungen. Der erste Fall betrifft ein hereditär-syphilitisches Kind, an dem ein Geschwür durch eine tuberkulose Bonne mit dieser Krankheit infiziert worden

war. Die Tuberkulose verbreitete sich. Anfänglich rapide Besserung unter spezifischer Therapie, dann allmähliche Verschlimmerung. Aus den syphilitischen heilbaren Ulcerationen waren unheilbare, tuberkulöse geworden. Zwei weitere Krankengeschichten bringen Ausbrüche der Syphilis bei latenter Tuberkulose, während ein vierter Fall den Ausbruch tuberkulöser Symptome bei einem syphilitischen Individuum betrifft.

Hopf-Dresden.

In der medizinischen Sektion der schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur (*Allg. med. Centralztg.* 1900. No. 88) stellte Schäffer **vier Fälle von Lues maligna** vor. Bei allen vier Patienten findet sich in mehr oder weniger ausgesprochenem Maße die Neigung der sekundären Eruptionen zu geschwürigem Zerfall, sowie erhebliche Störung des Allgemeinbefindens, in zwei Fällen außerdem noch die Tendenz zum raschen und häufigen Recidivieren der spezifischen Erscheinungen. Eine Ursache für das Auftreten der Lues in der malignen Form konnte in keinem der vier Fälle eruiert werden. Es handelte sich ausnahmslos um vorher kräftige, jugendliche Indviduen; bei keinem der Patienten war ein besonders ausgedehnter phagedänischer Primäraffekt aufgetreten. Die vier Patienten reagieren auf Quecksilber sehr gut. Neben der spezifischen Therapie wird gleichzeitig allgemeine roborierende Behandlung vorgenommen (Verabreichung von Eisen- und Chininpräparaten, Schwefelbäder). In sehr schweren Fällen von Lues maligna empfiehlt es sich sogar, zuerst eine zeitlang bei der allgemeinen roborierenden Behandlung allein zu bleiben und dann erst in vorsichtiger Weise Hg zu verabreichen. Wenn bei malignen Luesfällen auch gelegentlich eine ausgesprochene Idiosynkrasie gegen Quecksilber vorkommt, so wird es bei Beobachtung der erwähnten Vorsicht doch zumeist noch möglich, Hg zu geben und damit auch in ursprünglich schweren malignen Fällen die Prognose günstig zu gestalten.

Göts-München.

Ein Fall von Syphilis maligna, von Mironowitsch. (*Med. Obosrenje.* Jan. 1901.) Verfasser beschreibt folgende Beobachtung: Bei einem 30jährigen, kräftigen Manne, bei dem sich Anfang Februar 1900 eine Sklerose gebildet hatte, trat am 20. Februar ein papulo-pustulöses Exanthem auf. Während der sofort eingeleiteten Spritzkur entwickelten sich aber tiefe Ulcerationen auf den Schienbeinen und dem Oberarm, welche trotz 53 Einspritzungen von Hydrargyrum salicylicum und innerem Gebrauch von Zittmanns Dekokt resp. Jodkalium nicht schwanden. Patient ging daher im Mai nach Wien, wo die Geschwüre im Laufe von zwei Monaten sich überhäuteten. Auf dem Rückwege nach Rußland bildete sich aber schon wieder ein gummöses Ulcus, so daß Patient nach Pjatigorsk reiste. Hier gebrauchte er Schwefelbäder und bekam Hg-Einspritzungen, unter denen anfänglich eine Besserung eintrat, dann aber kam es zur Entwickelung neuer Geschwüre über den Augenbrauen, im Rachen und zum Verlust der Patellarreflexe. Alles dieses wirkte so deprimierend auf den Kranken ein, daß er sich das Leben nahm.

Arth. Jordan-Moskau.

Im Verein für wissenschaftliche Heilkunde in Königsberg (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1901. No. 7) stellte Berthold einen **Fall von tertiärer Syphilis** vor, in welchem er eine eingesunkene Nase durch ein passend geformtes Stückchen Silberblech wieder aufgerichtet hatte. Da der Knocheneinschmelzungsprozeß abgelaufen war, hatte er nur zunächst die bestehende Ozaena durch Vaporisation zu beseitigen, dann die Bindegewebsstränge zu lockern und nun die Nase im Innern von der Apertura pyriformis zu lösen; die Einheilung des Silberblechs erfolgte reaktionslos, der kosmetische Effekt war ein sehr guter. In der Diskussion erwähnen Höffmann und Kuhnt, daß derartige eingeheilte Fremdkörper meist doch später unter Eiterung wieder ausgestoßen werden.

F. Hahn-Bremen.

Die Descendenz der Hereditär-Syphilitischen, von L. Jullien. (*Wien. med. Presse.* 1900. No. 46.) Verfasser erörtert die klinische Frage der Syphilis in der dritten Generation auf Grundlage von 96 Beobachtungen. Die Schlufsfolgerungen von diesen faßt er im folgendem zusammen: Was die Fruchtbarkeit anbelangt, ist dieselbe im ganzen genommen nicht herabgesetzt, da in 98 Familien 244 Kinder geboren wurden, wo viele Ehepaare erst kurz nach der Hochzeit waren und man Familien findet, wo 7—15 Kinder vorhanden sind. Dagegen ein Dritteil der Schwangerschaften der dritten Generation endigen mit Abortus, die Gefahr ist am gröfsten in den ersten drei Monaten. Wie die zweite Generation, so ist auch die dritte dem Einflusse einer spezifischen Therapie ungemein zugänglich, welche daher bei dem geringsten gerechtfertigten Verdachte sofort einzuleiten ist und sicheren Erfolg verspricht. Die Wohlthat der Therapie bietet aber keine Gewähr für zukünftigen Schutz vor Folgen der hereditären Belastung, wofern nicht die Behandlung in konsequenter Weise fortgeführt wird. Was die speziellen syphilitischen Läsionen anbelangt, können die meisten Läsionen der akquirierten Syphilis bei der Descendenz Hereditär-Syphilitischer beobachtet werden, dieselben betreffen die Hautdecke, das Skelet, die Eingeweide, die Sinnesorgane. Die Kinder Hereditär-Syphilitischer sind schwächlich, sterben oft schon kurze Zeit nach der Geburt ohne präcise feststellbare Todesursache. Wachsen sie heran, sind bei denselben gewisse Stigmata zu beobachten und zwar dystrophische Störungen verschiedenster Art, Assymetrie des Wuchses, Zwergwuchs, Infantilismus, partieller oder totaler Riesenwuchs, das Cranium zeigt am deutlichsten die Verbindungen (Makro-, Mikro- und Skapho-Kephalie), flache Gaumenbögen mit medialer Exostose, defekte Zähne. Die cerebralen Funktionen sind alteriert, man kann sagen, das Normale wird hier zur Ausnahme, auch bleiben die Sinnesorgane nicht verschont, nebstdem Anomalien, Mifsbildungen und Monstrositäten. Je nach der Epoche, in welcher die Syphilis akquiriert wird, je nach Rapidität, Intensität ihrer Entwickelung, Grad der Generalisation und Intoxikation, Resistenz des betroffenen Individuums macht sich der Typus dystrophicus in seinen unzähligen Varietäten bemerkbar, vom Tode des Embryo angefangen bis zur Monstrosität und der minimsten Anomalie.

A. Alpár-Alexandria.

Im Verein der Ärzte in Halle a. S. (*Münch. med. Wochenschr.* 1901. No. 8) sprach Rich. Pott über **das Schicksal hereditär-syphilitischer Kinder.** Der Vortrag enthält, ohne im wesentlichen Neues beizubringen, eine kurze zusammenfassende Darstellung der hereditär-syphilitischen Krankheitserscheinungen. Erwähnenswert ist, dafs nach der Schätzung Potts von den hereditär-syphilitischen Kindern, die rechtzeitig und anscheinend gesund geboren werden, ungefähr zwei Drittel am Leben bleiben. — In der an den Vortrag sich anschliefsenden Diskussion erwähnt u. a. Seeligmüller, dafs er bei Syphilis hereditaria tarda nicht selten Facialislähmung gesehen hat, die er auf gummöse Meningitis an der Hirnbasis zurückführt. Höninger berichtet über zwei Fälle frühzeitiger Paralyse bei Hereditär-Syphilitischen. Der eine Fall betraf einen 18jährigen Knaben, der zweite Fall einen 25jährigen Menschen, bei dem allerdings hereditäre Syphilis nicht mit absoluter Sicherheit festgestellt werden konnte; bei diesem Kranken fanden sich neben der Paralyse auch tabische Erscheinungen. Höninger hat aufserdem beobachtet, dafs Syphilis der Erzeuger eine Prädisposition für funktionelle Nervenkrankheiten im Kindesalter schafft; dieselben pflegen bei dieser Ätiologie besonders schwere Erscheinungen zu machen. Grunert erwähnt, dafs bei den hereditär-syphilitischen Labyrintherkrankungen zuweilen schon vor der Abnahme des Sprachgehörs Herabsetzung der Knochenleitung beobachtet werden kann. Peppmüller betont, dafs sich bei den wenigen bisher beobachteten unanfechtbaren Fällen von infantiler Tabes stets ein Zusammhang mit Lues der Eltern nach-

weisen läfst. Nach Pott führen die Nervenärzte alle möglichen Störungen auf Lues zurück, besonders wenn sich das Leiden unter dem Einfluſs einer antisyphilitischen Kur bessert. Das ist aber kein Beweis; denn eine derartige Behandlung nützt nicht selten auch in solchen Fällen, in denen Lues sicher ausgeschlossen ist.

Götz-München.

Über einige Erscheinungen der hereditären Syphilis, von J. Neumann. (*Wien. klin. Rundschau.* 1901. No. 15.) Die spermatische Übertragung der Syphilis läfst es als sicher ansehen, daſs das Virus in den Spermatozoen vorhanden sein muſs; hier müſste es auch am leichtesten zu finden sein. Den Colles-Baumès'schen Lehrsatz sieht Verfasser als Regel an, die Ausnahmen zuläfst, nicht als Gesetz. Die Immunität der Mutter kann ausbleiben, ist auch zeitlich beschränkt. Die Immunität wird hervorgerufen durch Antitoxine. Daſs so immunisierte Frauen später tertiär syphilitische Erscheinungen zeigen können (Tertiarisme d'emblée), ohne vorausgegangenes Primär- und Sekundärstadium, glaubt Verfasser nicht. Die Syphilis hereditaria tarda, d. h. das Auftreten von Syphilissymptomen bei hereditärer Syphilis, ohne daſs spezifische Erkrankung irgend eines Organs vorher dagewesen wäre, giebt es nicht. Nur eine kontinuierliche Beobachtung des Kindes bis über die Pubertät hinaus könnte einen solchen Fall bestätigen. Verfasser hat bei seiner groſsen Erfahrung eine solche Beobachtung nicht gemacht. Meistens handelt es sich bei derartigen Fällen um eine Infektion im jugendlichen Alter. Oft verläuft die Hereditärsyphilis exanthemlos; die Visceralaffektionen aber machen wenig Symptome. Nur eine genaue Beobachtung ergiebt luetische Erscheinungen resp. Residua solcher. Von der „Hutchinsonschen Trias" sind die Veränderungen der Scheidezähne nicht pathognomonisch. auch andere die Zahnbildung störende Konstitutionsanomalien, wie Rachitis, Typhus, Scharlach können die gleichen Veränderungen bewirken. Die interstitielle Keratitis wird einerseits auch durch erworbene Lues erzeugt, kommt andererseits auch in derselben Form bei Skrophulose vor. Die Taubheit resp die durch sie bedingte Taubstummheit als Ausdruck ererbter Syphilis ist eine Rarität. Die Vererbung der Syphilis in die dritte Generation oder, wie man eigentlich richtiger sagen müſste, in die zweite Generation, ist durchaus nicht erwiesen. Die Interkurrenz einer Kontaktsyphilis ist auch bei sorgsamster Beobachtung dieser Generation nicht auszuschlieſsen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Jacksonsche Epilepsie und allgemeine Konvulsionen mit rechtsseitiger Hemiplegie bei einem hereditär-syphilitischen Kind von fünfzehn Monaten. Heilung durch Quecksilbereinreibungen. Von Le Gendre. (*Journ. d. practic.* 1901. No. 6.) Der Verfasser beobachtete bei einem fünfzehn Monate alten, blassen, anämischen Kinde typische Jacksonsche Epilepsie: es traten heftige, einige Minuten lang anhaltende klonische Krämpfe zuerst im rechten Bein, dann im rechten Arm auf, an diese sich anschlieſsend Zuckung an den Gesichtsmuskeln zuerst auf der rechten, dann auf der linken Seite und leichte Krämpfe an den Extremitäten der linken Seite, zum Schlusse allgemeine Konvulsionen. Das Bewuſstsein schien während der Anfälle, die auſserordentlich häufig waren, erhalten zu sein. Nach dem ersten Anfall war eine persistierende rechtsseitige Hemiplegie zu konstatieren. Obwohl das Kind keine Zeichen hereditärer Syphilis aufwies, wurde, da der Vater Syphilis gehabt hatte, eine antiluetische Kur eingeleitet: es wurden täglich 2 g graue Salbe eingerieben und daneben Jodkalium 1,0 pro die verabreicht. Die Anfälle wurden nach zehn Tagen seltener und leichter, um bald vollständig aufzuhören, auch die Lähmung verschwand innerhalb weniger Wochen. *Götz-München.*

Paroxysmale Hämoglobinurie bei einem hereditär-syphilitischen Kind, von Le Gendre. (*Journ. d. practic.* 1901. No. 6.) Bei einem 5jährigen Kinde, das mit den Zeichen hereditärer Syphilis zur Welt gekommen, aber in den letzten Jahren vollkommen gesund gewesen war, trat im Anschluſs an eine Erkältung paroxysmale Hämoglobinurie auf, die nur kurze Zeit dauerte, in der Folge aber sich bei jeder geringfügigen Abkühlung wiederholte. Eine antiluetische Kur, bestehend in Einreibung grauer Salbe und Verabreichung von Jodkali, brachte die Anfälle alsbald zum Verschwinden. *Götz-München.*

Zur Kenntnis der hereditär-syphilitischen Phalangitis der Säuglinge, von C. Hochsinger. (*Wien. med. Presse.* 1900. No. 50.) Diese Erkrankung gehört zu den Frühmanifestationen der hereditären Syphilis. Verfasser verfügt über 55 Beobachtungen (im Laufe von 25 Jahren gesammelt). In klinisch-diagnostischer Hinsicht ist von Wichtigkeit: Das prädominierende ist das Ergriffensein der Grundphalangen, das Ausbleiben einer Eiterung oder Perforation nach auſsen, die Neigung zu spontaner Restitution und der subacute Verlauf der Erkrankung. Die schmerzlos sich entwickelnde, zunächst das untere Fingerglied, und zwar ausschlieſslich den Knochen betreffende Intumeszenz verleiht dem Finger die Form einer Flasche, das Miterkranken der distalen Phalangen die eines Spielkegels. Dabei erscheint der Finger sowohl verbreitert als verlängert. Die Weichteile partizipieren an der Erkrankung nicht, nur die Haut kann durch mechanisch zu stande gekommene Dehnung glänzend, gespannt und eigentümlich rosig gefärbt, manchmal auch etwas verdünnt erscheinen. Die Affektion pflegt multipel, aber nicht symmetrisch zu sein. Charakteristisch für die hereditär-syphilitische Phalangitis der Säuglinge ist ferner das vollkommene Intaktbleiben der Gelenke in der Umgebung des erkrankten Fingergliedes. Die hereditär-syphilitischen Fingererkrankungen jenseits des ersten Lebensjahres weisen nicht mehr diesen charakteristischen und feststehenden Typus auf, hier kann es zur Caries, sowie zur Miterkrankung der Gelenke und Weichteile kommen. Differentialdiagnostisch kommt nur die Spina ventosa scrophulosa in Betracht. Die Finger erkranken häufiger als die Zehen. In pathologisch-anatomischer Hinsicht handelt es sich um eine diffuse rarefizierende Ostitis der Phalangenknochen, welches auch durch die Röntgenphotographien bestätigt wurde. Die Phalangitis heredosyphilitica ist eine von der Knochenknorpelgrenze ausgehende Ostitis. In therapeutischer Hinsicht ist dieselbe eine der dankbarsten hereditärsyphilitischen Frühaffektionen, sie bedarf keinerlei lokalen, sondern nur der gewöhnlichen antisyphilitischen Therapie, um nach etwa 6—10 Wochen vollständig und fast stets für immer zum Verschwinden gebracht zu werden. *A. Alpár-Alexandria.*

Zur Dactylitis syphilitica, von Franz Mraček. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1901. No. 18.) Der Krankheitsprozeſs bei der Dactylitis syphilitica geht gewöhnlich vom Knochen aus, und zwar häufiger von der Knochensubstanz als vom Periost. Die Affektion ist bei gröſseren Kindern und Erwachsenen äuſserst selten, im Säuglingsalter kommt sie häufiger vor. Hochsinger stellt das Leiden als eine von der Epiphysengrenze ausgehende Ostitis dar, die eine Frühform der hereditären Lues darstellt und neben der Osteochondritis vorkommt. Verfasser berichtet über einen 30jährigen luetischen Patienten, bei dem die Dactylitis multipel an Fingern und Zehen sich drei Jahre nach der Infektion einstellte. Die Röntgenbilder zeigen deutlich, daſs eine rarefizierende Ostitis besteht; die Infiltration, Zellkanäle und Markräume, usuriert die Knochensubstanz, führt zur Höhlenbildung. Die ganze Phalanx kann dadurch in eine weiche, leicht eindrückbare Masse verwandelt werden. Die

bedeutende, spindelförmige Anschwellung der Phalangen bedingen die entzündlich-ödematös infiltrierten Weichteile, nicht die Knochenauftreibung. Meistens heilt der Prozeſs aus; herangezogene Weichteile können den Verlust an Knochensubstanz andeuten. Ist der Knochen ganz konsumiert oder ausgestoſsen, dann kann der Finger schlottrig, unbrauchbar werden. Zur Nekrose kommt es bei dem Prozeſs nicht, selten entsteht nach einem Trauma, ein Panaritium syphiliticum. Die Gelenke können mitergriffen werden; Schlottergelenke, Ankylose, Verkürzungen der Phalangen sind die Folgen. Eine Atrophie der Nägel kann sich hinzugesellen. Der nicht schmerzhafte Prozeſs kommt oft erst spät zur Behandlung. Jod in groſsen Dosen ist von Erfolg, das Quecksilber wird häufig nicht vertragen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die syphilitischen Erkrankungen der Zunge, von Ch. Heath. (*Brit. med. Journ.* 22. Dez. 1900.) Syphilitischer Primäraffekt der Zunge findet sich selten. Er hat, ebenso wie der harte Schanker der Lippe oder des Fingers, nicht jene charakterische Härte, wie an den Genitalien. Zuweilen ist es nur ein Geschwür, dessen syphilitische Natur durch die gleichzeitige Anschwellung der benachbarten, namentlich der Submaxillardrüsen leicht erkannt wird.

Die sekundären Erscheinungen der Zunge sind Fissuren, vor allem aber die Schleimpapeln und die Exfoliatio linguae, die mit einer Entzündung beginnt und zur Abstoſsung der oberflächlichen Schichten der Zungenschleimhaut führt. Die Papillae filiformes werden in den Exfoliationsprozeſs mit hineingezogen.

Ferner treten im Sekundärstadium gewisse Ulcerationen der Zunge auf, die jedoch meistens aus vernachlässigten Schleimpapeln, Fissuren oder Epithelabstoſsungen entstehen.

Alle Sekundärerscheinungen sind mit Merkur zu behandeln. Verfasser empfiehlt seinen Schülern die Aachener Kur als mustergiltige Methode der Syphilisbehandlung. Er meint „die Leute in Aachen machen viel Aufhebens mit dem Schwefelwasser und den Schwefelbädern.“ Diese sind zwar sehr angenehm („very pleasant“), aber sie haben keine wirkliche Bedeutung für die Heilung. Die groſsen Erfolge, welche in Aachen erzielt werden, verdankt das Bad den täglichen, von geschulten Frotteuren ausgeführten Quecksilbereinreibungen und überhaupt der systematischen, gründlichen, konsequent durchgeführten, sachverständigen Behandlung, welche dort den Patienten zu Teil wird. Verfasser bespricht weiter die tertiärsyphilitischen Erkrankungen der Zunge, repräsentiert vor allem durch Gummata und gummöse Ulcerationen, aus denen sich unter gewissen Umständen, namentlich andauernden Irritationen, ein Epitheliom entwickeln kann. Verfasser illustriert das Gesagte an einem Krankheitsfalle und unterzieht zum Schlusse die Leukoplakie und die warzige Beschaffenheit der Zunge einer kurzen Besprechung. *C. Berliner-Aachen.*

Beziehungen der Leukoplakia buccalis zu der Syphilis und dem Cancer, von Alfred Fournier. (*Wien. klin. Rundsch.* 1900. No. 50.) Folgende Thesen stellt Verfasser auf: 1. Die Leukoplakie ist eine fast ausschlieſslich beim männlichen Geschlechte vorkommende Affektion; 313 Fälle von 324 waren Männer. 2. Sie entsteht aus zwei Hauptursachen: der Syphilis und dem Tabak. 3. Sie geht in circa 30% der Fälle in buccalen Cancer über. (Die Zahl scheint enorm hoch. D. Ref.) 4. Trotzdem sie bei syphilitischen Individuen durch deren Syphiliserkrankung selbst verursacht wird, zeigt sie sich den spezifisch antisyphilitischen Medikationen gegenüber absolut refraktär. 5. Sie wird dem Cadre der sogenannten parasyphilitischen Affektionen zugerechnet. 6. Sie verleiht der Prognose der Syphilis durch ihr öfteres Auslaufen in buccalen Cancer einen maligneren Charakter, da viele Syphilitiker an buccalen Cancer nach Leukoplakie zu Grunde gehen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Syphilis der oberen Luftwege unter besonderer Berücksichtigung der differentiellen Diagnose und der lokalen Therapie, von ANTON LIEVEN-Aachen. II. Teil. Die Syphilis der Mund- und Rachenhöhle. (Bd. IV. Heft 2 der *„Klinische Vorträge aus dem Gebiete der Otologie u. Pharyngo-Rhinologie"*, herausgegeben von HAUG-München). Jena 1900. Gustav Fischer. Der erste, die Syphilis der Nase behandelnde Teil ist vor zwei Jahren erschienen; in dem vorliegenden Teil giebt Verfasser eine fesselnd und klar geschriebene Darstellung der mannigfachen Erscheinungsformen der Syphilis in den verschiedenen Abschnitten der Mund- und Rachenhöhle. Bei der Schilderung der Sklerosen wird die Häufigkeit des Rachenschankers betont, der nur zu leicht übersehen werden kann und vielleicht am ehesten die Fälle von sog. kryptogenetischer Syphilis zu erklären geeignet ist. Verfasser tritt der vielfach verbreiteten Ansicht entgegen, dafs die extragenitale Lues eine besonders ungünstige Prognose habe. Mit Recht wird wiederholt nachdrücklich auf die Wichtigkeit der Untersuchung des Nasenrachenraumes aufmerksam gemacht. Die tertiären Erscheinungen und ihre Folgezustände sind ganz besonders eingehend behandelt. Die differentielle Diagnostik hat weitgehendste Berücksichtigung gefunden; wir vermissen nur einen Hinweis auf die Ähnlichkeit der Erscheinungen der Sekundärperiode mit denen der Psoriasis und des Lichen ruber planus. Einige sehr schöne Abbildungen von Zungensyphilis, dem Atlas *„Le Musée de l'hôpital St. Louis"* entnommen, sind dem sehr empfehlenswerten Werke beigefügt. *A. Loewald-Cassel.*

Definitive Heilung einer Psoriasis palmaris und syphilitischer Rhagaden der Zunge mit grauem Öl; hartnäckige Syphilide des Haarbodens, Heilung nach einer Quecksilberintoxikation, von BURET. (*Progrès méd.* 1900. No. 44.) Der 45jährige Patient hatte während sechs Jahren an hartnäckigen Syphiliden der Haut und Schleimhaut (Psoriasis palmaris et plantaris, spezifische Rhagaden der Lippen) gelitten, welche jeder spezifischen Therapie getrotzt hatten (Jodkalium, Schmierkur, Sublimat innerlich etc.), bis zu Injektionen von grauem Öl Zuflucht genommen wurde. Nach sechs derartigen Injektionen in achttägigen Zwischenräumen war Patient von diesen Eruptionen vollständig geheilt. Es bestanden aber noch äufserst hartnäckige Syphilide der behaarten Kopfhaut, am Nacken, am Skrotum und an der Zunge. Es wurde mit wechselndem Erfolge mit den Injektionen von grauem Öl fortgefahren, die Eruptionen gingen und kamen wieder, bis sich plötzlich intensive Quecksilberintoxikationserscheinungen einstellten (heftige Stomatitis, Enterocolitis). Nach Verschwinden derselben waren auch die spezifischen Erscheinungen definitiv gewichen.
C. Müller-Genf.

Die Syphilis des Nasenrachens, von FR. FISCHENICH-Wiesbaden. (*Arch. f. Laryngol.* Bd. XI. Heft 3.) Verfasser berichtet über 49 von ihm beobachtete Fälle von Syphilis des Nasenrachens; in 35 Fällen bestanden noch sonstige Krankheitszeichen, in 14 war der Nasenrachen isoliert erkrankt. Bis auf einen Fall der Sekundärperiode handelte es sich stets um Spätformen; nur mit diesen beschäftigt sich die Arbeit des Verfassers. Die Hauptzahl der Erkrankungen fällt in die ersten sechs Jahre nach der Infektion. Die klinischen Symptome bestehen in ungewöhnlich hartnäckigen Halsschmerzen, Hinterhauptschmerzen, Kopfdruck, Ohrenschmerzen, enormer Sekretion, Verdauungsstörungen, Schlaflosigkeit, Kräfteverfall. Die exakte Diagnose ist nur mittelst der Rhinoskopia posterior zu stellen. Die Therapie mufs gleichzeitig eine allgemeine und eine lokale sein; die unangenehmen Folgezustände (Perforationen, Verwachsungen etc.) sind fast stets auf ungenügende lokale Behandlung zurückzuführen. Zur Entfernung des Sekretes bedient sich Verfasser einer mit einem Ballon versehenen Nasenrachenspritze, die an ihrem knopfförmigen Ende möglichst viele seitliche und

zentrale Öffnungen trägt. Nach gründlicher Durchspülung und Reinigung erfolgt entweder Einblasung von Kalomel und Orthoform zu gleichen Teilen oder Pinselung mit Jodjodkalium-Glycerinlösung. *A. Loewald-Cassel.*

Bemerkungen über akquirierte Syphilis der Nase und Pharynx, von C. A. PARKER-London. (*Lancet.* 26. Jan. 1901.) Verfasser bespricht den Gegenstand auf Grund seiner Erfahrungen als Spezialist für Kehlkopfkrankheiten, bringt aber nichts wesentlich Neues. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Fall von Nephritis syphilitica praecox, von ABRAHAM STEPLER. (*Przegląd lekarski.* 1900. Bd. IX. 15.—22. Sept.) Der 20 Jahre alte Mann bekam 1 Monat nach dem Auftreten des Primäraffektes am Penis Ödem des Gesichts und der Füfse. Bei der Aufnahme in die Klinik wurde folgendes bei dem Manne konstatiert: Schwellung des Gesichts, Scrotum, Penis und der Füfse, ferner Roseola syphilitica über der Brust, dem Bauche und den Händen, Dämpfung in unteren Partien des Brustkorbes beiderseits, abgeschwächter Fremit. pector. (Hydrothorax ambilat.), verstärkter zweiter Aortenton, Ascites, fast verheiltes Ulcus an der Corona glandis, indolente Drüsenschwellung, Kondylomata des Scrotum und Anus; der Harn war trübe, rötlich, 500 ccm in 24 Stunden, spez. Gew. 1,085 und enthält 12‰ Eiweifs. Im Harnsediment fanden sich rote Blutkörperchen, hyaline und körnige Cylinder, Nierenepithelien und Krystall von harnsaurem und oxalsaurem Kalk. — Unter antisyphilitischer Behandlung (Hg-Einreibung, später Jod) und Milchdiät schwanden die Erscheinungen der Syphilis und diejenigen der Nephritis. Da bei dem Mann nichts anderes als Ursache der Nephritis nachzuweisen war, so mufs angenommen werden, dafs die Syphilis — als Infektionskrankheit — zuweilen früh die Niere zu affizieren im stande ist.
H. Loewensohn-Riga.

Ein Fall von Ascites und langdauerndem Fieber infolge von Syphilis, von KASEM-BECK. (*Med. Obosrevje.* Jan. 1901.) Verfasser berichtet über folgende Beobachtung: Bei einem 34jährigen Mann kam es unter Temperatursteigerungen zur Bildung von Ascites, nachdem 5 Jahre lang zeitweiliges Fieber beobachtet worden war. Auch Milz- und Lebervergröfserung waren schon früher konstatiert, jedoch ebenso wie das Fieber als Malaria gedeutet worden. Als nun Patient sich des Ascites wegen an Verfasser wandte, ordinierte dieser eine Hg-Spritzkur, weil Patient vor 10 Jahren angeblich eine leichte Syphilis durchgemacht hatte. Unter dieser Behandlung schwand das Fieber sofort und der Ascites später (nach 9 Injektionen von Hydr. salicyl. 1%). Verfasser erklärt die Entstehung des Ascites durch Kompression der Vena portae durch vergröfserte, im Lig. hepatoduodenale gelegene Lymphdrüsen.
A. Jordan-Moskau.

Über einen Fall von Syphiloderma nodulo-ulcerans praecox, von SERRA. (*Morgagni.* 1901. No. 2.) Bei einem 26jährigen Manne erschien einige Tage nach einer sexuellen Infektion in der Balanopräputialfalte ein roter Flecken, der später eine feuchte und exkoriierte Oberfläche zeigte. Noch bevor es zur Abheilung desselben gekommen war, hatte Patient weiteren sexuellen Verkehr. Nach 4 Monaten trat in der Nähe des inzwischen verschwundenen Fleckens ein harter, schmerzloser Knoten auf, dem eine Infiltration und Vereiterung der Leistendrüsen folgte. Als sich der Knoten in ein Ulcus verwandelte, trat Patient ins Spital ein und wurde mit äufserlichen Medikamenten behandelt und geheilt entlassen. Fünf Monate nach dem ersten Auftreten des harten Knotens zeigten sich sodann neue Erscheinungen: An den Beinen, dann im Gesicht und zuletzt an den Armen erschienen knotige Gebilde, von denen sich einige mit Krusten bedeckten. Diese Knoten hatten verschiedene

Größe, waren rundlich, standen vereinzelt oder bildeten hemicyklische und serpiginöse Figuren. Die Krusten hatten ein rupiaartiges Aussehen und bedeckten eine ulceröse, wie mit dem Locheisen ausgeschlagene Fläche mit eitrigem, nicht hartem Boden.

Es ist zu bemerken, daſs bei dem Patienten sekundärsyphilitische Erscheinungen nicht konstatiert worden waren. Trotzdem zweifelt Verfasser doch nicht an der tertiären Natur der Eruption. Der Fall wurde übrigens erfolgreich mit Kalomelinjektionen und Jodkalium behandelt. Über die Ursachen, welche ein so rasches Eintreten der tertiären Symptome veranlaſst haben, wagt sich Verfasser nicht auszusprechen.

C. Müller-Genf.

Alopecia areata oder Pseudo-Alopecia areata der Syphilitiker, von Alfred Fournier. (*Journ. d. pratic.* 1901. Nr. 8.) Bei Syphilitikern tritt, besonders im zweiten Jahre nach der Infektion, nicht selten eine Art des Haarausfalles auf, welche den Charakter der Alopecia areata aufweist. Gewöhnlich entstehen nur ganz wenige (1—3) kahle Scheiben, die ziemlich klein bleiben, meist im Verlaufe von wenigen Monaten auch ohne Behandlung wieder verschwinden, aber oft recidivieren. Diese Alopecia areata oder Pseudo-Alopecia areata der Syphilitiker, die am häufigsten neuropathische Individuen befällt, ist leicht von der gewöhnlichen, allgemein bekannten Alopecia syphilitica zu unterscheiden. Um ein zufälliges Zusammentreffen von Syphilis und Alopecia areata handelt es sich in den betreffenden Fällen sicher nicht. Ob aber eine Modifikation der Alopecia syphilitica mit dem Charakter der Alopecia areata oder ob eine wirkliche oder falsche Alopecia areata parasyphilitischen Ursprungs anzunehmen ist, das kann Fournier vorerst noch nicht entscheiden.

Götz-München.

Einiges über Lebersyphilis beim Erwachsenen, von O. Fischer. (*Wien. med. Blätter.* 1900. No. 46 u. 47.) Verfasser bespricht die pathologische Anatomie und Symptomatologie der Lebersyphilis. Wenn auch die Einteilung in Hepatitis sklerotica und Hepatitis gummosa im allgemeinen gemacht wird, so will er doch folgende klinische Formen unterscheiden, und zwar 1. die groſse syphilitische Leber, 2. Pseudocanceröse Form, 3. atrophische und hypertrophische Formen, 4. die gelappte Leber und 5. die syphilitische Cirrhose.

A. Alpár-Alexandria.

Syphilis der Gallenblase, von B. Robinson. (*Brit. med. Journ.* 4. Aug. 1900. S. 323.) Der Verfasser beschreibt einen interessanten Fall von Anastomose der Gallenblase und des Colons, an dem die Cholecystcolostomie ausgeführt wurde. Um den Gallengang herum bestand syphilitische Verdickung, welche einen obstruktiven Ikterus bei dem Patienten verursacht hatte.

Nach der Operation wurde der Kranke mit Jodkalium behandelt und vollständig wiederhergestellt.

C. Berliner-Aachen.

Ein Fall von geheilter Syphilis des Herzens, von Wladyslaw Zydlowicz. (*Klin. therap. Wochenschr.* 1901. No. 1.) Die Herzsyphilis im Spätstadium kann bestehen in einer Myocarditis fibrosa s. interstitialis, bedingt durch Endarteriitis obliterans syphilitica, oder einer Myocarditis gummosa. Verfasser teilt ausführlich einen schweren Fall erster Art mit, bei dem es im Laufe von mehreren Jahren zu den beängstigendsten Herzstörungen gekommen war, so daſs der Patient verloren schien. Eine merkurielle Kur im Verein mit der Darreichung von Jodkalium brachte eine derartige Besserung, daſs Patient als geheilt angesehen werden kann und seitdem — es sind über zwei Jahre verflossen — ungestört wieder seinem Berufe nachgeht.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Angina pectoris syphilitica, von M. Breitmann. (*Wratsch.* 1900. No. 46.) In der letzten Zeit nehmen die meisten Autoren als Ursache der Angina pectoris eine Erkrankung der Coronararterien an, die ja nach vorhergegangener Syphilis häufig genug entarten und obliteriert gefunden werden. Die durch diese Degeneration der Coronararterien entstehende Anämie im Herzmuskel wird von einigen Autoren (A. Fränkel) als Ursache für das Zustandekommen der Angina pectoris angenommen. Doch giebt es entschieden Fälle dieser Erkrankung — meist angiospastischer Natur — ohne nachweisbare Veränderungen der genannten Arterien, die nach antisyphilitischer Behandlung geheilt werden. In diesen Fällen nimmt Hallopeau eine spezifische Erkrankung des nervösen Herzplexus, speziell der sympathischen Fasern an, besonders wegen der bestehenden Gefäfsinnervationsstörung (Temperaturerhöhung und vermehrte Schweifsabsonderung in der einen Körperhälfte). Auf die Häufigkeit der syphilitischen Erkrankung des Nervenapparates im Herzen selbst hat zuerst Sacharjin hingewiesen. Die nervöse Form der syphilitischen Angina pectoris kommt im jungen Alter (zu 20—40 Jahren) vor. Schliefslich kommt eine Form der Angina pectoris vor, die ausschliefslich durch Erkrankung des Herzmuskels selbst, besonders des linken Ventrikels, entsteht. Namentlich kann ein Gumma des Herzens resp. des linken Ventrikels eine Angina hervorrufen; in diesen Fällen weist nichts auf Affektion des Nervensystems, dagegen fällt eine sehr ausgesprochene Insufficienz des Herzens auf. — Im klinischen Bilde der syphilitischen Angina pectoris treten aufser den bekannten Symptomen, wie Präkordialangst, Pulsveränderung und Herzklopfen, noch zuweilen interessante gastrische Erscheinungen auf (Erbrechen oder Durchfall), besonders nach Excessen in Baccho et Venere. In diagnostischer Hinsicht wird 1. die nervöse Form der syphilitischen Angina angenommen, wenn die unruhigen Bewegungen des Patienten den Schmerz vermindern (Schott); 2. eine syphilitische Herzmuskelerkrankung bei ausgesprochener Herzschwäche nach jedem Anfall. Bei den Schmerzanfällen infolge von Aneurysmen der Aortenwurzel strahlen die Schmerzen nach beiden Armen oder nur nach rechts aus, dagegen bei Angina pectoris am häufigsten nach links. Therapeutisch ist bei der Angina pectoris im zweiten Stadium der Syphilis die spezifische Behandlung, event. auch Nervina indiziert, im dritten Stadium Jodnatrium.

H. Loewenson-Riga.

Syphilis und Geisteskrankheiten, von Jolly. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1901 No. 1.) In vorliegender Arbeit, welche den Inhalt eines der in der Berliner Charité auf Veranlassung des kgl. Unterrichtsministeriums gehaltenen Vorträge bildet, giebt J. einen kurzen Überblick über die Geisteskrankheiten, bei welchen ätiologisch Syphilis in Betracht kommt. In erster Linie sind dies Zustände allgemeiner Nervosität leichteren oder schwereren Grades, welche entweder als Folge der primären oder sekundären (von der Behandlung abhängigen) Anämie oder der psychischen Depression auftritt und zu schwererer geistiger Störung führen kann. Seltener sollen hysterische Symptome nach syphilitischer Infektion sich einstellen und dann meist die Vorläufer schwerer Gehirnstörungen, also von sehr ominöser Bedeutung sein. Die antisyphilitische Behandlung, zur rechten Zeit eingeleitet, bringt hier, im Gegensatz zu den üblichen Behandlungsmethoden, rasch Heilung. Eine weitere Neurose, und zwar ganz isoliert im Verlaufe der Syphilis auftretend, ist Epilepsie. Zu den eigentlichen Geistesstörungen im Gefolge der Syphilis gehört die direkt aus der Neurasthenie sich entwickelnde melancholische Depression von vorwiegend hypochondrischer Färbung, wobei zuweilen die Syphilidophobie eine gewisse Rolle spielt. Es sind ferner vereinzelte Fälle von echter Manie und von reiner Paranoia als Folge von Syphilis beobachtet worden. Wesentlich häufiger und geradezu charakteristisch für Syphilis soll die sogenannte Amentia sein, das sind Zustände des akuten Deliriums, der akuten

Verwirrtheit mit mehr oder weniger massenhaften Hallucinationen. Eine ebenfalls sehr häufige Art ist die Dementia, bei welcher ganz charakteristische Züge vorhanden sein sollen: gleichzeitig mit einigen cerebralen Störungen tritt eine eigentümliche Fatuität auf, Gleichgültigkeit, Interesselosigkeit, Vernachlässigung der gewöhnlichsten Pflichten mit auffallenden Schwankungen in der Intensität dieser Symptome. In manchen Fällen kann durch die spezifische Therapie nahezu vollständige Heilung, d. h. mit Zurückbleiben einer gewissen Minderwertigkeit, erzielt werden, in anderen schreitet das Leiden progredient fort und kommt es zu völliger Verblödung. Bemerkenswerte Begleiterscheinungen der syphilitischen Demenz sind Artikulations- und und aphatische Störungen der Sprache (Bradyphasie nach Wunderlich, auch Silbenstolpern). Dieses Krankheitsbild hat dann viel Ähnlichkeit mit der eigentlichen Paralyse, wurde daher von Fournier Pseudoparalyse genannt. Was nun die progressive Paralyse und die Tabes, die zwei häufigsten parasyphilitischen Nervenerkrankungen, betrifft, so hat J. eingehend die Angaben der bedeutendsten Forscher studiert und gefunden, dafs mindestens 40, aber auch 50, 60 und bis zu 80% vorangegangene Syphilis aufweisen. Wenn J. auch nur wenige, aber sichere Fälle beibringen kann, wo bei der progressiven Paralyse die spezifische Therapie noch völlige Heilung brachte, so glaubt er, dafs mit denselben doch ein kleiner Bruchteil der Patienten der Genesung zugeführt werden könne und dafs es mit dem ärztlichen Gewissen vereinbar sei, bei charakteristischer Gehirnlues und bei reinem Bild von Dementia paralytica mit sicherer syphilitischer Analyse die Quecksilbertherapie einzuleiten. *Stern-München.*

Über Hirnsyphilis, von Moeli. (*Berlin. klin. Wochenschr.* 1901. No. 4.) M. beschränkt sich in diesem Vortrage (gehalten in der Charité auf Veranlassung des kgl. Unterrichtsministeriums) auf die Hirnlues im engeren Sinne, beschäftigt sich daher hier nicht mit der progressiven Paralyse und den zahlreichen sonstigen psychischen Störungen bei Lues. Was den Zeitraum betrifft, der nach Einwirkung des Giftes bis zur Erkrankung der nervösen Centralorgane verstreicht, so kommen die Folgen, namentlich der Endarteriitis, nicht selten schon in den ersten zwei Jahren zum Vorschein, ja die Häufigkeit des Leidens soll sogar nach dem dritten Jahre abnehmen; die Lues cerebralis ist also jedenfalls nicht so weit hinausgeschoben, wie es die ätiologisch mit Syphilis zusammenhängenden Fälle von Paralyse und Tabes zeigen. Nach der Mehrzahl der Autoren ist mangelhafte Behandlung des Grundleidens von ätiologischer Bedeutung, jedoch auch intensives therapeutisches Eingreifen bietet keine volle Sicherheit gegen spätere Erkrankung des Nervensystems. Die syphilitische Neubildung als Geschwulst, eine der häufigsten Formen der Gehirnlues, ist ihrer Beschaffenheit nach eine allgemeine, einem gewissen Wechsel ausgesetzt und nicht an funktionell zusammengehörige Hirnteile gebunden; sehr oft entwickelt sich die gummöse Wucherung von den Häuten aus und greift von aufsen her auf das Hirn und die Hirnnerven über. Zu der eigentlichen Geschwulst, welche allmählich die Nervensubstanz durchdrängt, kommt in zweiter Linie die Erkrankung der Gefäfswand; die sekundäre Verengerung der Gefäfse ist für die Endarterien am gefährlichsten; die Symptome der luetischen Gehirnerkrankung sind entsprechend deren anatomischen Grundlagen sehr vielgestaltige; die histologische Beschaffenheit der neugebildeten Gewebe sowie Rückbildungsvorgänge bedingen einen gewissen Wechsel, ein Schwanken in der Intensität und Ausbreitung der Symptome. Bei allen Arten der Erkrankung treten Kopfschmerzen auf, von psychischen Störungen häufig Verwirrtheitszustände, ein eigentümlich zerfahrenes Wesen, als Schwatzhaftigkeit, Trivialität, auffallende Reizbarkeit, ferner epileptische Anfälle, Polyurie. Das häufigste Bild entsteht durch Meningitis basilaris an dem bevorzugten Platze, oft mit geschwulstartiger Neubildung an Gefäfsen

und Nerven; aufser Kopfschmerz, Krampfanfällen, psychischen Veränderungen sind ausschlaggebend für die Erkenntnis des Sitzes und der Ausdehnung vorzugsweise im Oculomotorius (Hemianopsie) und dann im Opticus auftretende Störungen. Der sechste und namentlich der vierte Gehirnnerv sind viel seltener ergriffen. Die tuberkulöse Meningitis zeigt, abgesehen von häufigerem Vorkommen im Kindesalter, nicht derartigen Wechsel in episodischer Steigerung und Nachlafs. Die Prognose richtet sich je nach dem Beginn und Verlauf des Falles; wenn daher gröfsere Zusammenstellungen etwa die Hälfte der Fälle als geheilt oder vorläufig geheilt anführen, so hat dies für M. nur beschränkten Wert. Bezüglich weiterer Einzelheiten mufs auf die sehr lesenswerte Arbeit selbst verwiesen werden. *Stern-München.*

Prognose und Therapie der Hirnsyphilis, von Kosslin. (*Dtsch. Arch. f. klin. Med.* Febr. 1900.) Verfasser ist auf Grund einer Beobachtung von 10 typischen Fällen von Gehirnlues zur Überzeugung gelangt, dafs die Prognose dieser Hirnsyphilis weniger von der Schwere des Symptomenkomplexes, als von dem anatomischen Charakter der Läsion abhängt. Die ungünstigste Prognose liefert das diffuse Atherom der Gehirnarterien, das zur Bildung von Thrombosen und Erweichungsherden führt und andererseits der antiluetischen Therapie vollständig oder fast vollständig unzugänglich ist. Bessere Aussichten liefert die Endarteriitis specifica; dagegen aber bietet die Diagnose hier gröfsere Schwierigkeiten, indem derartige Fälle leicht mit der progressiven Paralyse verwechselt werden. Relativ günstig gestaltet sich ferner die Prognose beim Gumma. Die Behandlung der Gehirnsyphilis besteht in der kombinierten Darreichung von Quecksilber und Jod, ersteres in Gestalt von Einreibungen mit grauer Salbe, letzteres in Dosen von 3,0 pro die. Daneben ist die allgemeine Ernährung des Patienten zu berücksichtigen. Zur Vermeidung von Rezidiven sind periodische Kuren mit Jod und Quecksilber abwechselnd zu verordnen. *C. Müller-Genf.*

Migräne und Lähmungserscheinungen an den Augen als erstes Symptom in einem Falle von Gehirnsyphilis, von H. Lamy. (*Journ. d. pratic.* 1900. No. 52) Bei einer 26jährigen, im übrigen vollständig gesunden Frau traten sechs Monate nach einer Entbindung fast täglich stundenlang dauernde Anfälle von heftigem Kopfschmerz auf, der beide Seiten abwechlungsweise befiel, aber immer streng einseitig war und mit Übelkeit und Erbrechen, sowie mit vorübergehender Ptosis des Oberlides der jeweils schmerzhaften Seite einherging. Im weiteren Verlaufe kam es zu beträchtlicher Abnahme des Gedächtnisses, der Gang wurde unsicher, der Kopfschmerz besonders während der Nacht sehr heftig, die rechte Pupille wurde weit und reagierte auf Lichteinfall fast gar nicht mehr, die rechtsseitige Ptosis blieb permanent bestehen. Die Diagnose lautete auf Syphilis, und in der That wurde durch eine antiluetische Kur Heilung erzielt. Es kam jedoch ziemlich bald zu einem Rezidiv, in dessen Verlauf auch noch eine Parese des linken Abducens auftrat. *Götz-München.*

Zur Meningitis basilaris syphilitica praecox, von E. Hoffmann. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1901. No. 11.) Verfasser berichtet über einen Fall aus der Lesserschen Klinik, welcher dadurch interessant ist, weil die Erkrankung trotz frühzeitiger energischer antisyphilitischer Behandlung schon 2½ Monate nach dem Ausbruch der Roseola entstanden ist, weil die Lähmungserscheinungen streng einseitig auftraten und weil es sich wahrscheinlich um eine cirkumskripte, den Periostitiden der Frühperiode der Syphilis gleichzustellende Entzündung der Dura mater handelt.

Bernhard Schulze-Kiel.

Bemerkungen zur antisyphilitischen Behandlung der Tabes, von Kétly. (*Orvosi hetilap.* 1901. No. 1—3.) Verfasser erörtert die Ätiologie und Therapie der

Tabes und schliefst sich auch der Ansicht an, dafs die Syphilis eine grofse Rolle in der Ätiologie der Tabes spielen mag, wenn auch bis jetzt diese Annahme mehr mit Statistiken als mit pathologisch-anatomischen Befunden gestützt ist. Wie steht es nun mit den therapeutischen Erfolgen der antisyphilitischen Kuren? Verfasser kann es nicht stark genug verurteilen, dafs in der Praxis zumeist jeder Tabetiker ohne Auswahl einer energischen antisyphilitischen Kur unterworfen wird, mit welcher man zumeist dem Kranken nur schadet. Es mufs eben strenge individualisiert werden. Sind noch welche luetische Symptome nachzuweisen, dann soll allerdings eine entsprechende antiluetische Behandlung durchgeführt werden, für welche er die Inunktionskur oder intramuskuläre Sublimatinjektionen vorzieht, bei Erkrankungen des Periostes und der Knochen Jodpräparate. Wenn aber bei dem Tabetiker manifeste luetische Symptome nicht nachweisbar sind, in der Anamnese aber Syphilis vorangegangen ist, so will Verfasser nur in denjenigen Fällen eine antisyphilitische Behandlung versucht wissen, wo die Tabes erst im Anfangsstadium ist und wo der allgemeine Ernährungs- und Kräftezustand ein noch befriedigender ist. Die vorgeschrittenen Tabesfälle sind nicht geeignet zur antisyphilitischen Kur, da mit derselben der Kräftezustand des Tabetikers nur herabgesetzt wird. Auf Grund seiner langjährigen Erfahrungen behauptet Verfasser, dafs er noch nie auf antiluetische Behandlung eine Heilung, ja selbst eine Besserung eintreten sah. Und wenn auf dieselbe in gewissen Beziehungen Besserungen eintraten, so sind dieselben auf die noch vorhandene manifeste oder latente Syphilis zurückzuführen. *A. Alpár-Alexandria.*

Ist die Syphilis wirklich die Hauptursache der Tabes dorsalis? von Eduard v. Seligson-Moskau. (*Allg. med. Centralztg.* 1900. No. 82 u. 83.) Verfasser stellt sich in dem Kampfe um die Zugehörigkeit der Tabes zur Syphilis auf die Seite v. Leydens. Die Lehre von Erb und Fournier ist weder durch die pathologische Anatomie noch durch therapeutische Erfolge gestützt, sondern ruht einzig und allein auf statistischen Beweisen. Verfasser beleuchtet eingehend die Unzuverlässigkeit solcher Beweise, ohne wesentlich Neues zu bringen. Die Fragestellung mufs nicht lauten: wieviele Tabiker haben früher an Syphilis gelitten, sondern umgekehrt: wieviele Syphilitiker sind nachträglich an Tabes erkrankt. Von 50 Patienten, die Verfasser an Syphilis behandelt und deren weitere Schicksale er durch Jahrzehnte verfolgt hat, sind zwei, also 4%, an Tabes erkrankt. *A. Loewald-Cassel.*

Syphilis und allgemeine Paralyse, von R. Percy Smith. (*Brit. med. Journ.* 11. Aug. 1900.) In einem Vortrage über „die Vorbeugung des Wahnsinns" kam der Verfasser auf die Syphilis als ätiologischen Faktor bei der Entstehung der allgemeinen Paralyse zu sprechen. Während einige hervorragende Ärzte in jedem Falle von allgemeiner Paralyse Syphilis als Ursache annehmen, geht Verfasser zwar nicht soweit, betrachtet es aber als eine feststehende Thatsache, dafs bei keiner anderen Geisteskrankheit so häufig die Syphilis im Vordergrunde der Krankengeschichte steht, wie bei der allgemeinen Paralyse. Dieselbe tritt am häufigsten in Städten auf, wo die Syphilis, der Alkoholismus, ein leichtes, zügelloses Leben an der Tagesordnung sind. Man wird nach der Ansicht des Verfassers der erschreckenden Ausdehnung der allgemeinen Paralyse namentlich unter dem männlichen Geschlechte nur durch eine strenge, die Syphilis und den Alkoholismus eindämmende Gesetzgebung vorbeugen können. Dieselbe müsse auch auf eine energische, frühzeitige, lange fortgesetzte, beziehungsweise oft wiederholte Behandlung der Syphilis gerichtet sein.

C. Berliner-Aachen.

Die Ataxie ist nicht syphilitischen Ursprungs, von Madeuf-Paris. (*Journ. du mal de mer.* 1900. Nov.) Der kurze Artikel stellt mit der gröfsten Liebenswürdig-

keit die ganze Lehre von der syphilitischen Ursache der Ataxie auf den Kopf, indem er den Grund ataktischer Erscheinung in der horizontalen Rückenlage sucht und das Schlafen auf Bauch oder Seite in dieser wie jeder anderen Hinsicht für die allein zweckmäfsige Lage erklärt. Der Verfasser verweist dabei darauf, dafs die Araber und Abessynier, unter denen zwar sehr viel Syphilis aber fast keine Ataxien vorkommen, die letzterwähnten rationellen Lagen beim Schlafen einzunehmen pflegen. Das Schlafen auf dem Rücken soll Kompressionen der Blutzirkulation der Medulla und eventuelle Sklerosierung dieser Bezirke zur Folge haben. *Hopf-Dresden.*

In der Narkose aufgetretene syphilitische Neuritis, von Sarbó. (*Gyógyászat.* 1901. No. 9.) Ein 34jähriger Kellner wurde wegen einer Hernie operiert, die Narkose dauerte zwei Stunden. Nachdem der Kranke sehr unruhig war, mufsten ihm die Hände gebunden werden. Nach der Narkose wurde konstatiert, dafs der linke Arm vollkommen gelähmt war, der rechte Arm nur in gewissen Grenzen beweglich war. Beide supraklavikulare Punkte, sowie der Plexus brachialis auf Druck schmerzhaft, in der linken Armmuskulatur Entartungsreaktion, Schmerz- und Tastgefühle normal, Patient ist mäfsiger Potator. Mit diesem Zustande kam Patient 23 Tage nach der Narkose in Beobachtung des Verfassers. Es wurde nun während acht Tagen galvanische Behandlung ohne welches Resultat eingeleitet. Nachdem der Kranke vor fünf Wochen eine Syphilis akquirierte, wurde nun die Inunktionskur eingeleitet. Bereits nach einigen Tagen Besserung, am 29. Tage beinahe vollkommene Beweglichkeit der Arme. Verfasser glaubt nun, den die Paralyse hervorgerufenen Nervenprozefs auf die Syphilis zurückführen zu müssen. Das in der Narkose gemachte Trauma, die Zerrung der Arme, hatte blos eine auslösende Wirkung gehabt, wieweit der Alkoholismus hier eine Rolle gespielt hat, läfst sich schwer bestimmen. Dieser Fall beweist auch den Lehrsatz, das die Krankheit auslösende Momente in den Teilen des Organismus ihre Wirkung ausüben, wo sie einen Locus minoris resistentiae vorfinden. In diesem Falle war also die Lues (+ Alkoholismus) die auslösende Wirkung und der Locus minoris resistentiae der Plexus brachialis. *A. Alpár-Alexandria.*

Refraktäre Syphilis nebst Bericht über einen gegen spezifische Behandlung absolut refraktären Fall, von J. F. Schamberg-Philadelphia. (*Am. Journ. med. Scienc.* Febr. 1901.) Patientin, eine 39jährige gesund aussehende Frau von 180 Pfund Körpergewicht, war vor etwa acht Jahren infiziert worden und ist seitdem niemals ganz frei von luetischen Symptomen gewesen. Zur Zeit findet sich am linken Ellenbogen ein circa thalergrofser Fleck von erbsengrofsen, mäfsig derben Knötchen. Auf der rechten Palma manus sieht man ein vom Goldfinger bis zum Zeigefinger und bis auf den Handrücken sich erstreckendes, 6 mm breites Kreissegment von papulosquamöser Beschaffenheit. Während des letzten Jahres sind von S. ohne Erfolg folgende Medikationen gegeben worden: 16 Sublimatinjektionen (in Dosen bis zu 0,03), 110 Einreibungen mit Unguent. hydrarg. (je 3,75), Jodkalium in Dosen bis 60 Tropfen einer gesättigten Lösung 3 mal pro die, ferner Quecksilberprotojodid, JK mit Hgbijodid, Zittmannsches Dekokt, nebst verschiedenen Tonica und Roborantia. — Eine zweite Patientin ist seit 13 Jahren mit stets wiederkehrenden Rezidiven in Behandlung. Auf zwei ähnliche von Fournier beschriebenen Fälle wird kurz hingewiesen.
Philippi-Bad Salzschlirf.

Der gegenwärtige Stand der Syphilistherapie, von V. Klingmüller-Breslau. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilkde.* XXXVIII. 1900.) In kurzer aber klarer Weise berichtet K. in Form eines Sammelreferates über den Stand der Syphilistherapie, indem er als Schüler Neissers besonders die Anschauungen seines Lehrers berücksichtigt,

ohne darum die entgegengesetzten zu verschweigen. Als Zeit des Beginns der Behandlung sagt Verfasser: So frühzeitig wie möglich, d. h. sobald die Diagnose sicher ist. K. bevorzugt die chronisch intermittierende Behandlung etwa vier Jahre lang im Gegensatze zu den Anhängern der symptomatischen (Kaposi, Pick). Die verschiedenen Kuren (Einreibung, Injektionen, Pillen, Aufstreichen, Merkolintschurz u. s. w.) werden eingehend erwähnt. (Ich vermisse nur die Anführung der Einklatschungen: D. Ref.) und auch die eventuellen schädlichen Komplikationen (Idiosynkrasie, Stomatitis, Lungenembolie, Anämie) durchaus gewürdigt. Im Anschluſs an die Quecksilbertherapie wird auch der Jodanwendung ein längerer Absatz gewidmet, und besonders die von Neisser ausgeübte subcutane Jodipinbehandlung warm empfohlen. Den Schluſs bildet eine Besprechung über den diagnostischen Wert einer spezifischen Therapie. Die übersichtliche Arbeit kann jedem praktischen Arzte nur warm empfohlen werden. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über einige Grundfragen bei der Behandlung der Syphilis, von A. Blaschko. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1901. No. 2 u. 3.) Die erste und wichtigste dieser Fragen, welche wohl noch lange die Ärzte beschäftigen wird, lautet: Wann soll man die Syphilis behandeln? B. verwirft die chronisch-intermittierende Quecksilberbehandlung nach Fournier-Neisser, vor allem aus dem Grunde, weil das Hg nur wirken könne, solange syphilitische Toxine und Krankheitsprodukte vorhanden sind. Mit der Annahme, daſs das Hg, wie ein Antikörper, paralysierend und neutralisierend auf die von dem Syphiliserreger abgesonderten Gifte wirke und dadurch dem Körper es ermögliche, die krankhaften Gewebe zum Zerfall zu bringen, mit dieser Annahme glaubt nun B., sind mit einem Schlage alle Wirkungen des Hg erklärt. Ebensowenig wie es gelinge, in der Frühperiode durch die „Präventivkuren", die Frührezidive zu verhüten, ebenso wenig sei der Beweis erbracht, daſs die Präventivkuren für die schweren Spätformen, besonders für Tabes und progressive Paralyse, wirklich präventive Kuren sind. [Ob es aber ohne die letzteren nicht viel mehr Fälle schwerer Spätsyphilis gebe? wer vermöchte diese, sich von selbst ergebende, aber von B. nicht berührte Frage definitiv zu entscheiden? Referent.] Das Individualisieren, das erste Grunderfordernis ärztlichen Handelns, hört, so folgert B. weiter, mit den stets gleichmäſsig vorgenommenen intermittierenden Kuren auf, jedoch braucht man auch hier nicht, möchte Referent einwenden, streng schablonenmäſsig zu verfahren, sondern es liegt wohl auch im Sinne der Erfinder, mehr oder weniger individuell die Kur vorzunehmen. Blaschko behandelt also mit ganz besonderer Energie die erste Attaque der Syphilis und zwar nur dann, wenn deutliche Allgemeinerscheinungen vorhanden sind. Als bestes Mittel hat sich ihm die Injektionskur mit salicylsaurem Hg bewährt, welches er in die Praxis eingeführt und womit er über 50000 Einspritzungen schon gemacht hat; er bezeichnet diese Behandlung als überaus bequeme und exakte, die auch alle anderen Methoden an Schnelligkeit und Intensität der Wirkung übertreffe. Die Paraffinembolien in der Lunge, welche B. in 18 Fällen mit der Injektion des unlöslichen Hg-salzes erlebt hat, hält er für durchaus harmlos. Auch weiterhin läſst er zwar den Patienten wenigstens alle Vierteljahre zum Arzt kommen, jedoch nur beim Auftreten evidenter Erscheinungen eine Hg-Kur vornehmen. In wenigen Fällen wird man sich auf eine lokale Behandlung beschränken müssen. Zur Unterstützung der Quecksilberkur ist Anregung der Schweiſssekretion notwendig. B. giebt der natürlichen Schweiſserzeugung durch Reiten, Radeln, Turnen u. s. w. im allgemeinen den Vorzug vor den künstlichen Schwitzkuren. Überanstrengung, physischer wie geistiger Art, Alkoholismus sowie geschlechtliche Excesse sind natürlich zu vermeiden. Referent muſs sich versagen, auf die einzelnen geistreichen Deduktionen des Vortragenden, die

in trefflicher Weise seinen wissenschaftlichen Standpunkt verteidigen, einzugehen und kann nur aufs Angelegentlichste die Lektüre dieser Arbeit empfehlen.

Stern-München.

Die Sterilisation der Syphilis, von Fournier. (*Le Bulletin méd.* 1900. No. 90.) Verfasser betont die Wichtigkeit einer gründlichen und gewissenhaften Behandlung der Syphilis behufs Unschädlichmachung des Infizierten gegenüber seiner Umgebung. Er zählt die verschiedenen Arten der Ansteckung auf und kommt schliefslich auf die Unzulänglichkeit der heutigen poliklinischen Einrichtungen zu reden, welche das Übel eher zu verbreiten als einzudämmen geeignet sind. Er verlangt die Einrichtung besonderer Dispensarien für die venerischen Affektionen, die zahlreich, passend verteilt, unentgeltlich und an passenden Tagen und zu passenden Stunden dem hülfesuchenden Publikum geöffnet sein sollen. Zu einer Zeit, wo so viel für die Tuberkulose und den Alkoholismus gethan wird, wäre es höchst angebracht, so meint der Verfasser, auch einmal ernstlich an die Bekämpfung der Syphilis zu denken.

C. Müller-Genf.

Behandlung der Syphilis während der Schwangerschaft, von M. Gaucher und Henry Bernard. (*Journ. d. pratic.* 1901. No. 9.) Gravide syphilitische Frauen erhalten von den Verfassern vom Beginn der Gravidität an oder, wenn die Infektion während der Schwangerschaft erfolgt, vom Auftreten der ersten luetischen Erscheinungen an in regelmäfsig abwechselnder Reihenfolge Injektionen von Hydrargyrum benzoicum und Sublimatpastillen: einen Monat lang werden täglich 2 cgr Hydrargyrum benzoicum intramuskulär injiziert, hierauf 14—20 Tage lang täglich 2 Pillen à 0,01 Sublimat verabreicht, nach 10—14tägiger Pause wird dann wieder mit den Injektionen begonnen und so bis zum Ende der Gravidität fortgefahren. Aufserdem erhalten die Patientinnen Jodkalium. Bei Frauen, bei denen diese intensive Behandlung konsequent durchgeführt wird, erreicht die Schwangerschaft stets ihr normales Ende. Die Kinder kommen gesund und kräftig zur Welt und bleiben auch gesund, wenn sie von ihren Müttern genährt und gleich nach der Geburt antiluetisch (am besten mit alkoholischer Sublimatlösung, Liqueur de Van Swieten, innerlich) behandelt werden. Syphilitische Gravidae mit Albuminurie, bei denen die Prognose stets ernst ist, bekommen auf alle Fälle Milchdiät verordnet; die spezifische Behandlung mufs bei ihnen, gleichviel ob es sich um syphilitische oder um Schwangerschaftsnephritis handelt, je nach der Durchgängigkeit der Nieren modifiziert werden. Diese wird bestimmt durch Feststellung der toxischen Kraft des Urins und Untersuchung der Gröfse der Quecksilberausscheidung. Bei schwacher Giftigkeit des Urins und verzögerter oder mangelhafter Quecksilberausscheidung wird man sich mit Milchdiät begnügen, bis sich die Funktion der Nieren gebessert hat; dann wird zuerst Hydrargyrum tannicum innerlich in steigender Dosis (0,02—0,1) und, wenn dieses vertragen wird, Hydrargyrum benzoicum in Injektionen zu 0,005—0,01 täglich gegeben. Bei normaler Giftigkeit des Urins und normaler Quecksilberausscheidung wird die gewöhnliche Art der Behandlung durchgeführt, am Anfang jedoch mit halben Dosen.

In der an diese Ausführungen sich anschliefsenden Diskussion betont Comby, dafs die Behandlung mit Quecksilber allein ohne Jodkalium in zahlreichen Fällen, insbesondere in allen Fällen von hereditärer Syphilis genügt. Rendu hebt hervor, dafs bei Albuminurie Quecksilber wohl angewendet werden kann; syphilitische Nephritiden heilen nach Verabreichung von Hg sehr schnell. Mosny hat einen Fall von syphilitischer Nephritis mit kollossaler Albuminurie (72 g per Liter) beobachtet, bei dem durch Verabreichung von zwei Efslöffel Liqueur de Van Swieten täglich ohne besondere Diät in 12 Tagen Heilung erzielt wurde. Hallopeau ist der Überzeugung, dafs manche syphilitische Erscheinungen, insbesondere die cerebralen Störungen, die

Kopfschmerzen der sekundären Periode sich nur durch Jodkalium beseitigen lassen. Nach Lermoyez ist bei ulceröser Syphilis des Kehlkopfs die Verabreichung von Jodkalium kontraindiniert, weil dieses das Auftreten eines Larynxödems hervorrufen könnte.

Göts-München.

Klinische Untersuchungen über die Behandlung der Syphilis, von Verrier. (*Progrès méd.* 1901. No. 12.) Verfasser berichtet über die wunderbare Heilwirkung des Serums von Jeltschinsky-Moskau bei der Syphilis in jedem Stadium mit Einschluſs der fötalen Lues. Diesem Serum, über dessen Zusammensetzung Verfasser nichts mitteilt, kommen nicht allein kurative, sondern auch immunisierende Eigenschaften zu. Die Arbeit von Jeltschinsky, worin die Methode detailliert beschrieben ist, ist von C. F. Winter ins Deutsche übersetzt worden. (Radikale Heilung der Syphilis, Leipzig.)

C. Müller-Genf.

Einige Grundfragen aus der Syphilistherapie, von Heuss-Zürich. (*Correspondenzbl. f. schweiz. Ärzte.* 1901. No. 6.) Verfasser behandelt die beiden Fragen, wann die Allgemeinbehandlung der Syphilis beginnen und wie lange sie fortgesetzt werden soll. In Bezug auf die erstere derselben ist Verfasser der Ansicht, daſs eine Frühbehandlung der Syphilis, d. h. bevor die sekundären Symptome ausgebrochen sind, praktisch als irrationnell, nutzlos, ja als schädlich zu verwerfen sei. In diesem Stadium wünscht er die Therapie auf eine geeignete Lokalbehandlung des Initialaffektes beschränkt zu wissen. Der Excision des Schankers spricht Verfasser ebenfalls jeden Einfluſs auf den späteren Verlauf der Syphilis ab, doch möchte er sie dennoch in all den Fällen empfehlen, wo der Affekt dem Messer leicht zugänglich ist (Präputium), in dem dadurch die Dauer der Abheilung des lokalen Prozesses abgekürzt und der Patient von einer Ulceration befreit wird, durch welche seine Umgebung infiziert werden kann. Auch den Anhängern der Frühbehandlung der Syphilis räumt er Konzessionen ein und zwar in den Fällen, wo das Allgemeinbefinden schon früh stark in Mitleidenschaft gezogen wird (starke Kephalalgie, Mattigkeit, Fieber, Ausbruch von Iritis etc.), ferner da wo Neigung des Schankers zu ausgedehnter Gangrän, oder Ulceration besteht und eine spezifische Lokalbehandlung erfolglos geblieben war. Was die zweite Frage, betreffend die Dauer der spezifischen Behandlung anbelangt, so ist Verfasser nicht für eine chronisch intermittierende Therapie, da eine solche für den Organismus keineswegs gleichgültig ist und übriges keineswegs so sicher vor tertiären Erscheinungen schützt, wie dies ihre Verfechter behauptet haben. Er trachtet vielmehr die Patienten zu veranlassen, sich in regelmäſsigen Zwischenräumen, z. B. alle Vierteljahre, untersuchen zu lassen. — Verfasser geht überhaupt bei der Behandlung der Syphilis von dem Grundsatze aus, daſs nicht die Syphilis, sondern der Syphilitiker mit all den individuellen Abweichungen in Auftreten, Intensität und Verlauf der Erscheinungen zu behandeln sei.

C. Müller-Genf.

Heilung und Nichtheilung der Syphilis, von Jastrowitz. (*Med. Woche.* 1900. No. 36.) Verfasser bespricht in dem sehr geistreichen Vortrage die Fälle, in denen man von einer Heilung der Syphilis nicht sprechen kann, wenn das Centralnervensystem mit erkrankt ist, was gerade in den besseren Kreisen viel häufiger vorkommt, als bei Arbeitern; es giebt rebellische Fälle, bei denen spezifische Behandlung nicht viel nützt; ferner sind sehr spät auftretende Erscheinungen im Gebiete des Centralnervensystems der Behandlung wenig zugänglich.

F. Hahn-Bremen.

Wie heilt das Quecksilber die Syphilis? von J. Justus. (*Orvosi-Hetilap.* 1901. No. 7—8.) Unter Quecksilbereinwirkung versteht man im klinischen Sinne die allmähliche Zurückbildung der manifesten Symptome. Verfasser verfolgte nun einer-

seits den histologischen, andererseits den biochemischen Weg der Veränderungen, welche bei der Zurückbildung der Papeln während der antisyphilitischen Kur zu beobachten ist, um diese Frage genauer zu präzisieren. Verfasser excidierte nun beiläufig bei 80 Kranken in den verschiedenen Phasen der Behandlung mehr oder weniger sich zurückbildende Papeln resp. breite Kondylome und machte aus denselben Serienschnitte. Seine Untersuchungen erwiesen, dafs das mächtige Zellinfiltrat, welches aus Zellen verschiedener Qualität und Dignität bestand, während des Heilungsprozesses bedeutend geschwunden ist. Der charakteristischste Bestandteil desselben, die Plasmazellen, vermindern sich auf die Art, dafs die sie dicht ausfüllenden, mit polychromen Methylenblau stark blaugefärbten Körnchen aus denselben austreten, in die Lymphbahn geraten und in derselben weiter getragen werden. Diese Plasmazellen, welche nun ihre Körnchen vollkommen entleerten, verändern sich allmählich im gesteigerten Übergange in der gröfsten der Fälle in Bindegewebszellen. Über das Schicksal der übrigen Zellen, welche das Infiltrat bilden, kann sich Verfasser nicht genau aussprechen, es scheint aber, dafs auch hier die Entleerung der Körnchen die Hauptrolle spielt. In den Wandungen der Blutgefäfse, im stark gequollenen Peri- und Endothel ist genau derselbe Prozefs zu beobachten, wie in den Plasmazellen, dasselbe wird stets heller, verkleinert sich, bis es die normalen Raumverhältnisse erreicht hat. Diese Veränderungen sind nicht nur bei der antisyphilitischen Behandlung (Inunktionskur, Injektionskur), sondern auch der Lokalbehandlung der Efflorescenzen zu beobachten. — Was nun den biochemischen Weg anbelangt, bemühte sich Verfasser das Quecksilber in den Endelementen, in den Zellen nachzuweisen und zwar auf folgender Weise: Die excidierten Hautteile werden in eine stark konzentrierte (14%) Zinkchloridlösung auf 1—2 Tage gelegt, nachher oberflächlich abgewaschen, in Schwefelwasserstoffwasser, in welches einige Stunden hindurch frischer Schwefelwasserstoff geleitet wird, gelassen. Nachdem dies geschehen, werden die Hautstücken in allmählich starker konzentrierter Alkohollösung gehärtet, in Celloidin gebettet und Serienschnitte gemacht. Die Untersuchung dieser Schnitte mit Immersion ergiebt nun, dafs ein grofser Teil der Plasmazellen mit schwarzbraunen Körnchen vollgepropft ist und das Auffallende ist, je mehr Körnchen vorhanden sind, desto weniger ist die färbbare Masse in den Plasmazellen, so dafs manche Plasmazelle den Farbstoff gar nicht aufnimmt und nur die Form, welche von den dicht aneinandergedrängten Körnchen gebildet ist, weist darauf hin, dafs daselbst eine Plasmazelle gelegen ist. Nebstdem sind noch viele Schwefelquecksilberkörnchen verschiedener Gröfse im Präparate zu sehen. Auffallend ist noch die braune Farbe, mit welcher das dichte Bindegewebe und die elastischen Fasern gegen die Subcutis zu gefärbt sind. Das die Kapillarwandungen ausfüllende, früher vergröfserte Endothel, enthält auch viel Schwefelquecksilber. — Verfasser zieht nun aus diesen Untersuchungen den Schlufs, dafs das Quecksilber mit dem in den Blutgefäfsen zirkulierenden Blute in die syphilitischen Gebilde gelangt und daselbst erst in das Endothel der Blutgefäfse, dann aber durch diese hindurch in die Zellen der Neugebilde sickert, von diesen aufgenommen wird, mit deren Eiweifs eine Verbindung eingeht und so das veränderte Eiweifs, welches zur weiteren Funktion nicht mehr taugt, aus dessen Zellen ausgelöst wird und in die Lymphbahn gelangt. Verfasser weist auf seine früheren Untersuchungen hin, bezüglich der Einwirkung des Quecksilbers auf die roten und weifsen Blutkörperchen. In diesen trachtet er nachzuweisen, dafs das Quecksilber insoferne auf das Blut des syphilitischen Individuums, in dem es einen Teil der roten Blutkörperchen zu Grunde richtet, indem es sich mit deren Hämoglobin vereinigt, wodurch sich dasselbe chemisch verändert und aus den Zellen ausgelöst wird, das Zellplasma aber als blasser Schatten zurückbleibt. Dieser Prozefs ist analog mit dem syphilitischen Gewebe.

Diejenigen Blutkörperchen, welche auf Einwirkung des Quecksilbers ihren Farbstoff verloren haben, sind infolge der Syphilis degeneriert, sie sind krank. Diejenigen Zellen, welche im syphilitischen Neugewebe infolge der Quecksilberaufnahme die geschilderten Veränderungen eingehen, sind ebenfalls nicht normal. Diese sind diejenigen Zellen, welche durch das Syphilisvirus hervorgerufen wurden. Diese Zellen sind wenig widerstandsfähig, und werden durch das Quecksilber in der Weise zu Grunde gerichtet, in dem dasselbe sich mit deren Eiweifs verbindet, dasselbe lebensunfähig macht, hingegen es befähigt, sich in den Gewebsstoffen aufzulösen und vom Lymphstrome fortgetragen sich chiminieren kann. *A. Alpár-Alexandria.*

Der derzeitige Stand der Quecksilbertherapie, mit besonderer Berücksichtigung der Intoxikationsformen und -Fälle, von E. Deutsch. (*Wien. med. Presse.* 1900. No. 26—28.) Nachdem Verfasser die Experimente besprochen hat, welche beweisen sollten, auf welcher Art und Weise das Quecksilber in den Organismus gelangt, zieht er daraus den Schlufs, dafs die Inunktionskur keine reine Inhalationskur ist. Unstreitig werden durch die Inunktion Salbenmassen in die Haarbälge und Ausführungsgänge der Schweifs- und Talgdrüsen gebracht. Ob die Partikelchen, die man in verschiedener Tiefe der Hautmündungen trifft, nun einfach durch den Wachstumsprozefs der Epidermiszellen vorgeschoben werden, bis sie wieder aus dem Porus entfernt sind, oder ob sie thatsächlich resorbiert werden, darüber kann das histologische Bild keine Auskunft geben. Die Inunktionskur ist vielmehr eine resultierende zweier Faktoren, deren erster und bedeutender ins Gewicht fallender die Aufnahme des Hg in Gasform darstellt; naturgemäfs zerfällt dieser Faktor in zwei Untergruppen, betreffend die Aufnahme durch die Lungen- oder durch die Hautatmung (Osmose). In welchem Ausmafse aber jedes der genannten Organe hierbei beteiligt ist, bleibt derzeit trotz aller Versuche noch immer fraglich. Dagegen dürfte die Umwandlung in lösliche Quecksilberverbindungen bei Gegenwart von Schweifs und Sekreten für die Einverleibung des Quecksilbers bei der Einreibung die geringste Rolle spielen. Und doch spricht vielleicht noch ein Umstand dafür, die letzterwähnte Form der Aufnahme nicht von der Hand zu weisen. Von allen Experimentatoren wurde nämlich die Impermeabilität der Haut für nicht flüchtige Stoffe ausdrücklich betont, aber wohlgemerkt der unversehrten Haut; wenn nun auch zugegeben, dafs eine mit makulösem Exanthem bedeckte Haut vielleicht noch im Sinne der Experimentatoren als unversehrt anzusehen ist, so wird das kaum mehr für ein papulöses oder papulosquamöses, gewifs aber nicht für ein pustulöses Syphilid gelten (vom ulcerösen ganz zu schweigen), und man wird auch dort, wo scheinbar keine Laesio continui sichtbar ist, daran denken müssen, ob denn das Epithel über eine Papel nicht seine normale Widerstandsfähigkeit eingebüfst hat, und so ein Eindringen des Medikamentes, bezw. der entstehenden löslichen Verbindungen gestattet. An die Inunktionskur reihen sich an die Behandlungsmethoden mit Quecksilberseifen, Sublimatbäder, graues Pflaster, Räucherungen und interne Verabreichung von Quecksilberpräparaten. Allen diesen haftet der Nachteil an, dafs bei ihnen die Dosierung eine unsichere ist. Den vorigen Behandlungsmethoden gegenüber bietet bedeutende Vorteile die Injektionstherapie, durch genaue Dosierung, Reinlichkeit des Verfahrens und die Unabhängigkeit desselben von seiten des Patienten und nicht zum wenigstens die geringe Belästigung desselben. Verfasser frägt nun, wie so noch immer die Inunktionskur als Verfahren ersten Ranges dahingestellt wird. Die Injektionskur hat wohl ihre Nachteile und dies hauptsächlich die Einspritzungen mit unlöslichen Salzen. Die Infiltrationen und Abscefsbildungen können durch die richtige Wahl der Injektionsstelle und durch die nötige Antisepsis aufs Minimum reduziert werden. Was nun die Intoxikationsgefahr

anbelangt, und dies hauptsächlich bei den unlöslichen Quecksilbersalzen, hat dieselbe wohl eine gewisse Berechtigung. Hinsichtlich dieser Intoxikationen mit eventuellen letalen Ausgange sind die Gefahren des Quecksilbers zum kleineren Teile ihm selbst, zum gröfseren der Überdosierung und der Beschaffenheit des Individuums, sowie Idiosynkrasie, dekrepiden, anämischen oder durch Krankheit herabgekommenen Individuen, zuzuschreiben. Die Überdosierung wird sich leicht ausschalten lassen und Sache des behandelnden Arztes wird es sein, durch genaue Abwägung aller in Betracht kommenden Umstände der Individualität gerecht zu werden. *A. Alpár-Alexandria.*

Verschiedenes.

Vom 10.—14. Dezember d. J. findet in Kairo der **I. ägyptische medizinische Kongrefs** statt unter dem Patronat des Khedive.

Von den angekündigten Themen interessieren uns speziell:

1. Bilharzia haematobia (Dr. Gorrel).
2. Der Eunuchismus (Dr. Abbate).
3. Filariasis in Ägypten (Dr. Madden).
4. Die Hydrocele und ihre Behandlung (Dr. Colloridi).

Der Generalsekretär: Dr. Voronoff. — Der Präsident: Dr. Ibrahim Hassan.

Über Erwerbsunfähigkeit bei Hautkrankheiten, von J. Neuberger-Nürnberg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1901. No. 17.) Unter Hinweis auf die Bedeutung, welche die Höhe der Krankengelder für die finanzielle Lage der Krankenkassen hat, betont der Verfasser, dafs der Prozentsatz der arbeitsunfähigen Hautkranken sich wesentlich wird einschränken lassen, wenn in allen Fällen nicht nur die Diagnose richtig gestellt, sondern auch eine zweckentsprechende, die Fortdauer der Arbeitsfähigkeit berücksichtigende Behandlungsart gewählt wird. Für viele Dermatosen stehen uns therapeutische Methoden zur Verfügung, die zwar langsamer zum Ziele führen als andere, energischere, nur bei nichtarbeitenden Patienten anwendbare Methoden, die dafür aber auch keine Unterbrechung der Arbeitstähigkeit bedingen. Bei vielen anderen Hautaffektionen genügt die Behandlung während der Nacht allein, um, wenn auch recht langsam, Heilung zu erzielen. Die Verbände sind stets so einzurichten, dafs womöglich weiter gearbeitet werden kann, und zu diesem Behufe ist ausgiebiger Gebrauch von Pflasterbänden zu machen. Im allgemeinen kann nach Ansicht des Verfassers bei den meisten Hautkranken die Arbeitsfähigkeit aufrecht erhalten werden.

Göts-München.

Berichtigung. In dem Referat (pag. 412) über extra- oder intracelluläre Lokalisation der Leprabacillen von Georges Pernet bittet der Autor um folgende Berichtigung:

„Was die Haut betrifft, so liegen nach Pernet die Bacillen im grofsen und ganzen (anstatt stets nur) aufserhalb der Zellen u. s. w.“

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXXIII. No. 11. 1. Dezember 1901.

Zur Ätiologie der Alopecia praematura simplex.

Von

Dr. Kann-Berlin.

Die Alopecia praematura simplex gehört zu den Stiefkindern der Dermatologie, von mancher Seite wird ihr eine selbständige Existenz überhaupt abgesprochen. Die ganze Liebe der Autoren vereinigt sich in den Lehrbüchern auf die Alopecia pityroides, deren unklare Ätiologie von den einen mit dem Notbehelf der heute fast unvermeidlichen Bacillen, von den andern mit Anämie, Gastricismen oder erblicher Disposition abgethan wird. Was den letzten Punkt betrifft, so konstatierte Tacitus von den alten Deutschen summarisch: „Sie behalten ihre Haare bis ins hohe Alter hinein.“ Und trotzdem lagen doch diese Edlen mit ihrem Kopf auf Bärenfellen, die nichts weniger als keimfrei waren, ohne durch die angeblich so gefährlichen Kokken und Bacillen an ihrem mächtigen Haarschopf Schaden zu nehmen. Auch heute noch ist bei Naturvölkern der volle Haarwuchs die Regel und selbst bei den Feuerländern, einem verkrüppelten, im Aussterben begriffenem Stamm, sah ich trotz gänzlichen Fehlens aller Kopfreinigung ein auffallend dichtes Haupthaar. Ebenso erfreut sich der Zigeuner, auf dessen Kopf makro- wie mikroskopische Lebewesen ein durch nichts gestörtes Dasein führen können, bis ins Alter seiner schwarzen Lockenpracht; aber auch unter unseren eigenen Volksgenossen ist die Glatze bei dem gewöhnlichen Mann nicht grade häufig. Je weiter wir aber auf der Stufe der „Kultur“ emporsteigen in die Region der Stubenmenschen und Kopfarbeiter, desto öfter begegnen wir ihr, bis sie schliefslich in den „höchsten“ Gesellschaftskreisen als Zeichen der standesgemäfs verlebten Jugend so alltäglich wird, dafs der kahlköpfige Aristokrat zu dem eisernen Inventar unserer illustrierten Witzblätter gehört. Aber wie man auch über die Angehörigen dieser Kreise denken mag, auch der eifrigste Demokrat wird ihnen nicht gerade Mangel an Sauberkeit in Behandlung ihrer Kopfhaut im Gegensatz zu anderen Ständen vorwerfen wollen.

Ebenso liegt ein Widerspruch in der Thatsache, dafs die von Anämie und Gastricismen besonders heimgesuchte weibliche Hälfte der Menschheit zwar häufig seborrhoische Erscheinungen, aber ebenso selten jene Atrophie der Kopfhaut zeigt, wie sie sich beim Manne nach Ablauf der Alopecie auszubilden pflegt.

Die ätiologische Verbindung des Haarausfalls mit Pithyriasis wird ferner zweifelhaft durch das schon von PINCUS nachgewiesene gleichzeitige Auftreten beider Prozesse, durch das oft gänzliche Versagen der antiseborrhoischen Therapie und durch das Mifsverhältnis der nicht selten sehr geringen oder gänzlich fehlenden seborrhoischen Erscheinungen zu dem unaufhaltsam fortschreitenden Haarausfall.

Diese ätiologische Verlegenheit läfst das Suchen nach anderen Ursachen für das Auftreten der Alopecia praematura begreiflich erscheinen; so wurde erst kürzlich von BEERMANN einem Mangel an Schwefel eine Schuld beigemessen, obwohl nicht einzusehen ist, warum dieser Mangel sich grade an bestimmten Haarbezirken geltend machen soll. Viel früher freilich hat schon LAHMANN im abgekürzten Verfahren für die Grundursache der Alopecie wie aller übrigen bisher bekannten Krankheiten die diätetische Blutentmischung erklärt.

Vor die Frage nach der Ursache dieser lokal begrenzten, bei gesunden Männern auftretenden Ernährungsstörung, die mit dem Verlust der Funktion der Kopfhaut, Haare zu erzeugen und anatomisch nachweisbarer Atrophie endigt, möchte ich die andere Frage stellen, welche Bedingungen erfüllt sein müssen, damit ein Organ normal funktioniert.

Die erste Voraussetzung ist, dafs das Organ von der Natur eine normale Verfassung erhalten hat. Diese Bedingung sehen wir für die Kopfhaut fast immer erfüllt und fast jeder Kahlköpfige darf sich rühmen: „Auch ich war ein Jüngling mit lockigem Haar!“

Um aber lebenskräftig zu bleiben, ist es nötig, dafs das Organ seine Funktion auch ausübt, wie die Inaktivitätsatrophie des nicht gebrauchten Muskels beweist. Zum Unglück für unsere Haut geht aber die Entwickelung des Menschengeschlechts nicht darauf hin, die Organe fortzubilden, sondern sie durch Werkzeuge, die der menschliche Geist erfand, zu ersetzen. So liefs der Mensch seine Nägel verkümmern und ersetzte sie durch die Streitaxt, so nahmen wir auch unserer Haut zum grofsen Teil ihre Funktion ab, um uns von den Einflüssen des Klimas und der Witterung unabhängig zu machen, die Menschen zogen Kleider an und bedeckten die behaarte Kopfhaut mit dem Hut. Leider war diese Verwandlung nicht zu unserem Vorteil, und aus dem einstigen wetterfesten, nackt einherschreitenden Recken wurde der von Erkältungen und Rheumatismen geplagte moderne Mensch mit der sich entwickelnden Glatze unter dem Cylinder. Die Funktion der Haut, Atmung und Temperatur-

regulierung wurde schwer beeinträchtigt, und anstatt in der frischen Luft befindet sich der Kopf unter dem Hut in einer üblen Dunstatmosphäre, die durch unzweckmäfsige Pomaden nicht grade verbessert wird.

Daneben kommen, was meist übersehen wird, gewisse spezifische Reize für die normale Funktion unseres Hautorgans in Betracht, so vor allem der gewaltige Einfluſs des Lichts, jener uns unbekannten Medien der Sonnenstrahlen, deren Kraft uns FINSEN erst neuerdings wieder vor Augen geführt hat, ferner die Schwankungen in der Zusammensetzung der Atmosphäre, der Einfluſs von Wind und Wetter, die einerseits die Thätigkeit und Widerstandsfähigkeit der Haut und ihrer Anhänge direkt erhöhen, andererseits eine erregende Wirkung auf die Nervenendigungen in der Haut ausüben, welche centripetal fortgeleitet wird, um dann auf reflektorischem Wege wieder der Haut zu gute zu kommen. Ein jeder weiſs, wie erfrischend und belebend auf den Kopf ein Spaziergang ohne Hut wirkt, und doch wird, sobald wir einmal die Stube verlassen, die verzärtelte, ängstlich vor jedem frischen Luftzug geschützte Kopfhaut in die Dunkelkammer gebracht, und der so dringend nötigen Luft und des Lichts beraubt.

Unser Kopfhaar ist teleologisch betrachtet ein Luxusprodukt der Natur, das aus gutem Grunde mit der Geschlechtsreife seine höchste Üppigkeit erreicht; zur Abhaltung der Sonnenstrahlen würde das Kraushaar des Negers und zum Schutz gegen Kälte das kurze, dichte Haar der Bewohner kalter Zonen genügen. Aber wie wir die Farbenpracht der Pflanzen im Dunkeln verbleichen und nur im Licht des Tages sich entfalten sehen, so darf es auch nicht Wunder nehmen, wenn die geschilderte Mifshandlung der Kopfhaut ihre Regenerationsfähigkeit ungünstig beeinflufst.

Die normale Funktion eines Organs hängt weiterhin ab von der ungestörten Innervierung. Neben dem erwähnten Fortfall der peripheren Reize auf die Nervenendigungen der Haut, ist hier des schädlichen Druckes zu gedenken, den der fest anschlieſsende Hut auf die nach aufwärts ziehenden Nervenstränge ausübt. Mögen auch die Nerven des Arbeiters, dessen in frischer Luft reichlich arbeitende Haut von einem kräftigen Blutstrom durchflossen ist, gegen solche leichte Druckstörungen gefeit sein, bei der Empfindlichkeit des Kopfarbeiters kann dieser Druck durch seine Dauer sehr wohl eine trophische Schädigung der behaarten Kopfhaut bedingen.

Die Stellung des Kopfhaars als einer Luxusproduktion erklärt ferner den Einfluſs, den Nervensystem und Sexualleben auf dasselbe ausüben. Ich übergehe jene von zahlreichen Autoren verbürgten Fälle, wo unter der Wirkung eines physischen Chocs ein Effluvium capillitii in wenigen Stunden unter unseren Augen sich entwickelt; genügend bekannt ist

auch die intermittierende Alopecie der Frauen, die von vorübergehenden Störungen der Sexualorgane abhängig, durch ihre mangelnde Progression und leichte Regeneration sich von der prämaturen Form unterscheidet; in diese Kategorie gehört ferner die bei Kastraten sich findende Anomalie des Haarwuchses.

In einer Zeit aber, die den traurigen Beinamen der „nervösen" sich erworben hat, mufs die intime Abhängigkeit des Haarbodens vom Nervensystem in ganz besonderer Weise zur Geltung kommen, und ein Blick auf das Krankenmaterial der Haarklinik bestätigt diese Annahme. Selbst für den Laien ist dieser Zusammenhang so auffällig, dafs die Patienten oft ungefragt dem Arzt ihre Beobachtung des Einflusses ihres Nervenzustandes auf den Haarausfall mitteilen. Neben leichteren Störungen in der Ökonomie des Nervensystems, wie sie durch die so häufige geistige Überanstrengung hervorgerufen, doch erst bei längerer Dauer gefährlich werden, lassen sich psychische Einwirkungen, Ärger, Gram, Sorge ums tägliche Brot als ätiologische Momente der Alopecia nervosa nachweisen. Während ihr früher hauptsächlich nur die Männerwelt zum Opfer fiel, hat der Wechsel der sozialen Verhältnisse, der viele Frauen zur Teilnahme am Kampf ums Dasein zwingt, eine starke Verschiebung zu Ungunsten des weiblichen Geschlechts bewirkt. Die bei den Männern durch das Tragen des Hutes bedingten Prädilektionsstellen fallen bei den Frauen fort; gleich schmerzlich aber wird von beiden Geschlechtern das frühe Ergrauen empfunden, welches eine charakteristische Begleiterscheinung des nervösen Haarausfalls bildet. Wir befinden uns hier auf dem Übergangsgebiet zu den funktionellen Neurosen, speziell der Neurasthenie. Bei dem so bunten Symptomenbild dieser Krankheit und der Mannigfaltigkeit ihrer Ursachen, ist es nicht verwunderlich, dafs es auch Neurastheniker ohne scharf ausgesprochene Alopecie giebt; die Widerstandsfähigkeit des Organismus und das hygienische milieu des Kranken sind hierbei von mafsgebender Bedeutung. Je mehr aber die nervöse Atonie die ganze Konstitution in Mitleidenschaft zieht, um so mehr wird sich der Zustand des Nervensystems in dem Verhalten des Haarwuchses wiederspiegeln, und so finden sich alle Abstufungen von der langsam verlaufenden Alopecie mit allmählicher Verringerung der Haarneubildung und Erzeugung eines weniger kräftigen Haares bis zu den Fällen schwerer nervöser Erschöpfung mit stürmisch verlaufendem Haarausfall.

Eine besondere, von vielen Autoren freilich bestrittene Rolle spielt hier die auf sexueller Ausschweifung beruhende Neurasthenie, der Typus jener jungen Greise, die neben anderen Alterserscheinungen, wie welker Haut, mattem Auge, schlotterigem Gang, als Zeichen der Erschöpfung ihres Haarbodens die Glatze tragen; ferner jene glücklicherweise seltenen Fälle hartnäckiger Onanie, in denen neben anderen trophischen Störungen

auch eine Haarwuchsstörung sich einstellt, die sich aber nicht auf die üblichen Bezirke begrenzt, sondern diffus auftritt und dem Kopfhaar ein eigentümliches Gepräge giebt, das durch das matte, tote Aussehen der Haare, das Weifswerden bei noch fehlendem Bartwuchs charakterisiert wird.

Endlich ist es die ungestörte Ernährung durch den zirkulierenden Säftestrom die zur Funktionserhaltung eines Organs notwendig ist. Auch hier sind es wieder die Männer, deren Haarboden durch die Schäden der fest anliegenden Kopfbedeckung ungünstig gestellt ist; die Blutzirkulation wird erschwert, künstliche Stauungen geschaffen, was für Haarwuchs und Drüsensekretion nicht gleichgültig bleiben kann.

Dazu kommt der allgemein verbreitete Nikotinismus und Alkoholismus, die auf Blut und Nervensystem je nach der Widerstandskraft des Individuums alterierend einwirken.

Die bei der weiblichen Jugend sich alltäglich findende Anämie ist von untergeordneter Bedeutung, wie der üppige Haarwuchs derselben beweist. Wo aber die Anämie nur ein Symptom einer allgemeinen Prostation ist, die auf einer übermäfsigen Inanspruchnahme des Nervensystems beruht, wird neben anderen nervösen Erscheinungen, wie dauerndem Müdigkeitsgefühl, Unfähigkeit zu körperlicher oder geistiger Arbeit auch eine Alopecie auftreten können.

Aus diesen kurzen Bemerkungen ergiebt sich, dafs es nicht nötig ist, nach entfernteren Ursachen für das häufige Erscheinen der Alopecia praematura zu suchen. Die erwähnten Schädigungen der Kopfhaut, das Unterbinden ihrer Funktion, das Fernhalten ihrer spezifischen Reize, die Störungen in Ernährung und Innervation erklären genügend den atonischen Zustand, der sich in Anomalien der Haarbildung und des Haarersatzes, der Drüsensekretion und der Epidermisbildung äufsert. Dafs ein so geschwächter Haarboden auch für die Entwickelung von Parasiten, die dem lebenskräftigen Organ nichts anhaben können, einen geeigneteren Nährboden abgeben wird, ist ebenso verständlich, wie dafs ihm ein kalter Luftzug schon gefährlich werden kann.

Von der individuell verschieden grofsen Widerstandsfähigkeit und Regenerationskraft wird es abhängen, ob und wie lange die schädlichen Einflüsse ertragen werden; für unser therapeutisches Vorgehen ist uns aber damit der Weg gewiesen, dasselbe wird sich nicht gegen einzelne Begleiterscheinungen richten und in der schematischen Anwendung von Haarkuren bestehen dürfen, sondern wird den ganzen Menschen und die tieferen Ursachen ins Auge fassen müssen; dann werden auch die Resultate der Behandlung weniger trostlos sein.

Aus der dermatologischen Klinik und dem Laboratorium des Prof. Reiss in Krakau.

Ein Beitrag zur Histologie der idiopathischen diffusen Hautatrophie.

Von

Dr. Franz Krzyształowicz.

Abbildungen nebst Erklärungen zu der im Heft 8, S. 369 ff. veröffentlichten Arbeit.[1]

Fig. 1 giebt den allgemeinen Überblick auf die Ausbreitung der Krankheit; die Haut der rechten unteren Extremität ist infiltriert, wie geschwollen, die daran grenzenden Hautteile sind atrophisch, hier und da pigmentiert. Atrophische nebst pigmentierten Stellen befinden sich besonders zahlreich am Bauche und auf dem Rücken.

Fig. 2. Ein Präparat aus der infiltrierten Partie (Vergröfs. I. AA. Zeiss.) Die Infiltrate liegen nicht nur längs der Gefäfse und Drüsen, sondern auch zwischen den Kollagenbündeln und zwar sowohl im unteren wie im oberen Teile.

Fig. 3 zeigt, dafs die Infiltrate gröfstenteils aus grofsen Plasmazellen zusammengesetzt sind. Leukocyten giebts keine, nur spärliche Bindegewebszellen. (Vergröfser. II. DD. Zeiss.)

Fig. 4. Die Epidermis von Fig. 2 (Vergröfser. II. DD. Zeiss). Die Hornschicht bildet einen gleichmäfsigen Streifen kernloser Zellen, der breiter ist als die übrige Epidermis. Die Körnerschicht zeigt nur eine Reihe schmaler Zellen, die Stachelschicht läfst fast ganz die Stacheln vermissen, ihre Zellen sind horizontal verlängert und gehen nach unten zu in mehr rundliche Zellen über. Die Epidermis verläuft geradlinig über die eigentliche Haut, nur hier und da kann man kaum eine Spur von einem Epidermiszapfen sehen (Fig. 2).

Fig. 5 (Vergröfser. II. DD. Zeiss). Ein obliteriertes Gefäfs aus den tieferen Teilen der infiltrierten Haut.

Fig. 6 zeigt eine Knäueldrüse der Haut in der atrophischen Periode (Vergröfser. I. DD. Zeiss); die Drüse liegt ganz schief gegen die Hautoberfläche, das Lumen ihres Ausführungsganges ist bedeutend verengert, das Endothel wie zusammengezogen.

Fig. 7 zeigt die Haut im atrophischen Stadium (Vergröfser. I. AA. Zeiss). Die Infiltration fehlt hier gänzlich, obwohl hier und da die Zahl der spindelförmigen Bindegewebszellen um die Gefäfse etwas gröfser ist.

[1] Durch ein bedauerliches Vorkommnis ist der Abdruck der Abbildungen bei der Arbeit in Heft 8 unterblieben. *Die Verlagsbuchhandlung.*

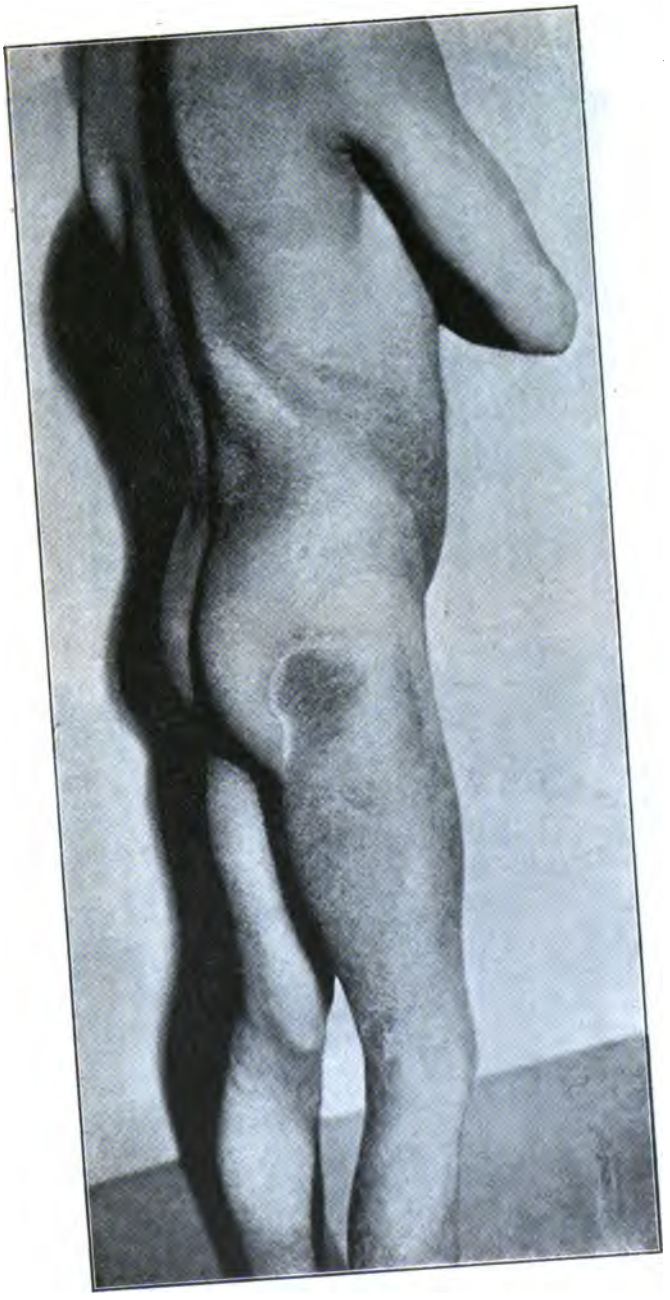


Fig. 1.

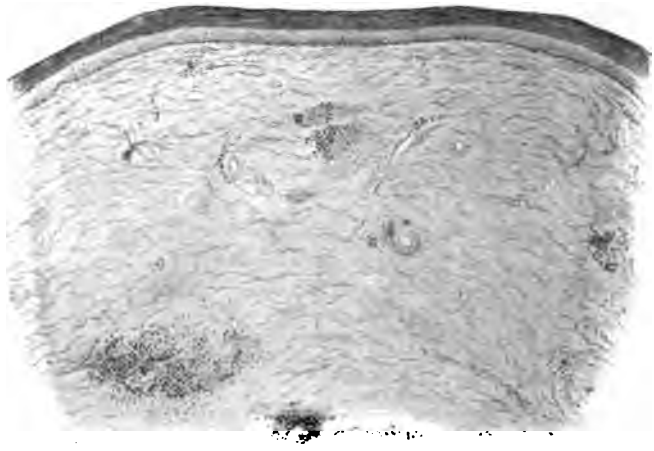


Fig. 2.

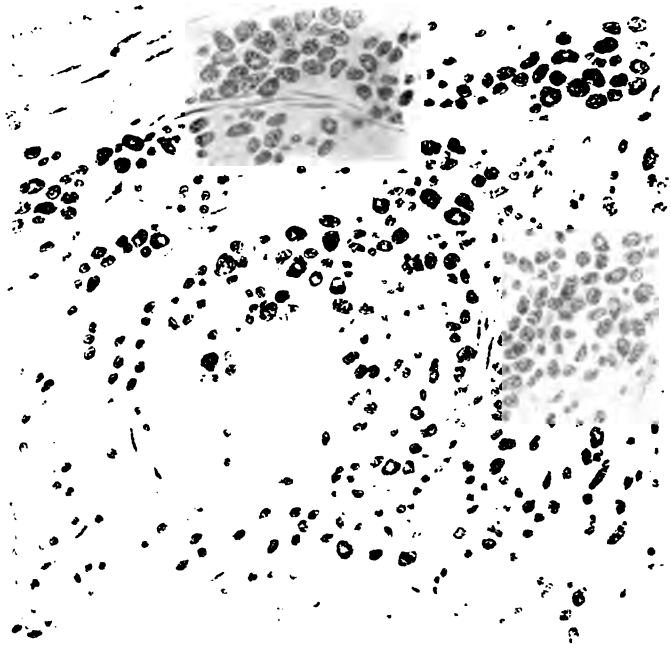


Fig. 3.

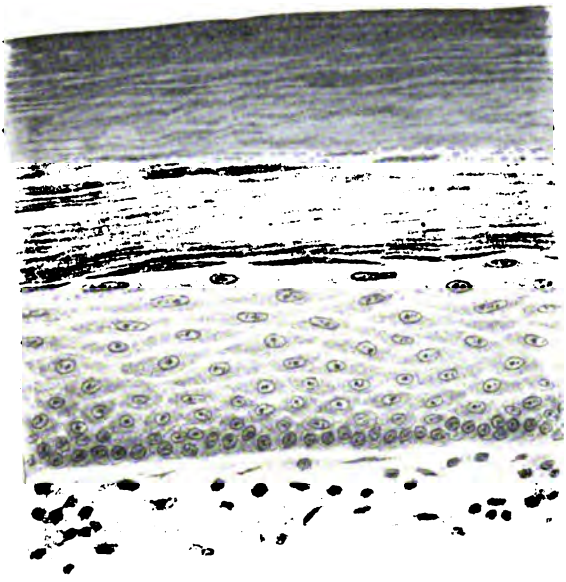


Fig. 4.

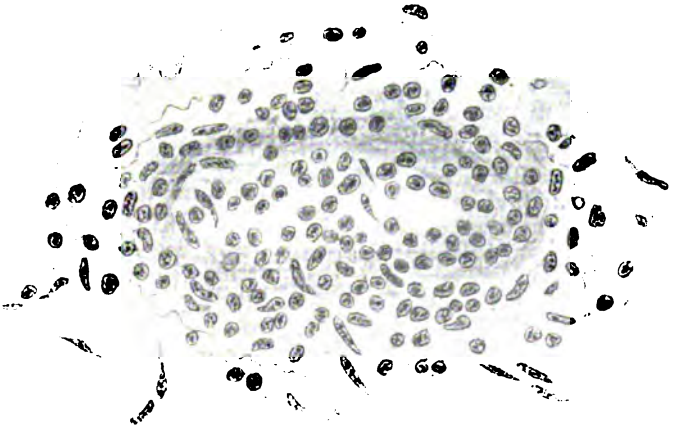


Fig. 5.

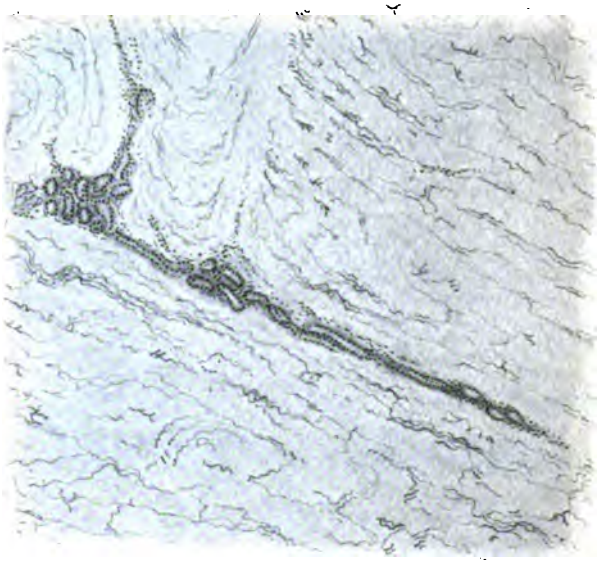


Fig. 6.

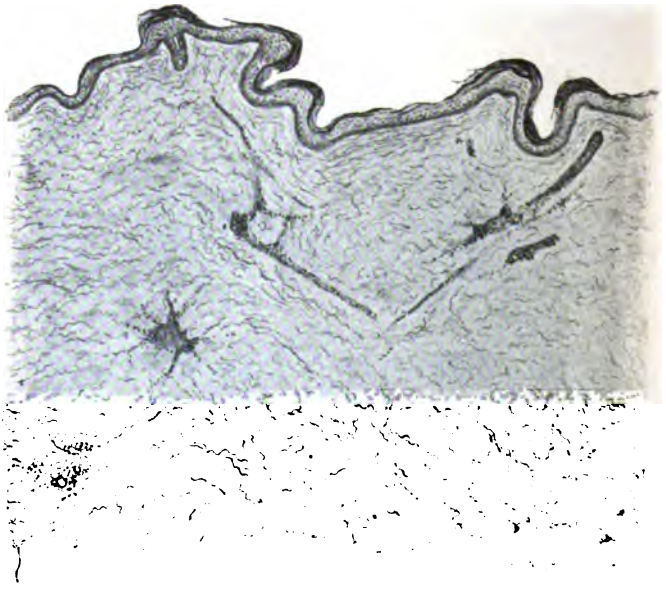


Fig. 7.

Die Bündel des Kollagens sind mehr geschlängelt, als im normalen Zustande, mehr dünn, die Zwischenräume erscheinen dadurch kürzer aber zahlreicher. Die elastischen Fasern sind geschlängelt, im mittleren Teile der eigentlichen Haut gröfstenteils in Bruchstücken. Im oberen Teile ist das Netz zwar erhalten, aber die Fasern sind spärlicher, feiner und färben sich schwach.

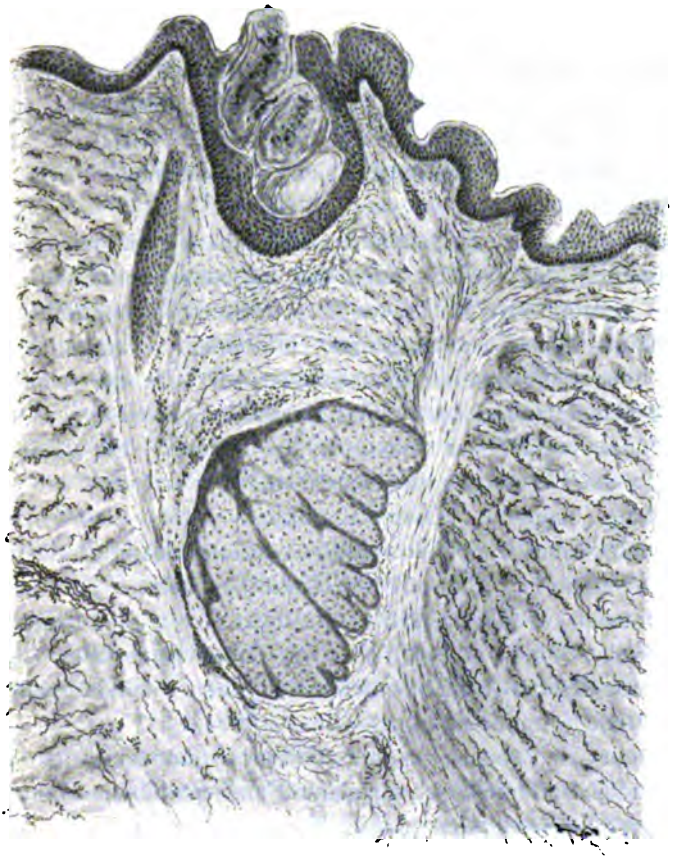


Fig. 8.

Fig. 8. Ein Follikel der Haut im atrophischen Stadium (Vergröfser. II. DD. Zeiss). Seine Mündung ist trichterförmig und mit hornigen Massen ausgefüllt, welche das Haar nicht durchbrechen lassen und sekundär sowohl seine Atrophie, wie auch die der Talgdrüse bewirken. Der glatte Muskel tritt zwischen den Kollagenbündeln deutlich hervor und scheint eher hypertrophisch als atrophisch zu sein. Die Epidermiszellen sind nicht mehr komprimiert, die Hornschicht ist dünn, die Körnerschicht fehlt gänzlich, die Stachelzellen sind rundlich, polyedrisch.

Ein Fall von chronischer Primeldermatitis.

Von

Dr. Buri in Basel.

Obschon es in der dermatologischen Litteratur nicht an Mitteilungen von Primeldermatitisfällen fehlt, möchte ich mir doch erlauben, in Kürze über einen Fall zu berichten, den ich in letzter Zeit beobachten konnte, weil er in gewissen Beziehungen sich von den bisher veröffentlichten Fällen unterscheidet.

Anamnese: Frau H., stammt aus durchaus gesunder, geistig hervorragender Familie. Als kleines Kind war sie stets gesund, hat speziell nie an Ekzema gelitten. Im 11. Lebensjahre erkrankte sie an einem schweren, wie es scheint, höchst merkwürdigen Hautleiden. Der ganze Körper sei über und über mit Wunden bedeckt gewesen. Es sei, nach dem Ausspruch der behandelnden Ärzte, eine Krankheit gewesen, wie sie nur alle hundert Jahre einmal zur Beobachtung komme. Es wurde von den Ärzten auch die Vermutung ausgesprochen, es könne sich um eine Quecksilbervergiftung handeln. Diese Krankheit heilte dann nach Verlauf einiger Monate unter einer Kaltwasserbehandlung mit Hinterlassung einiger jetzt noch sichtbarer Narben an den Unterschenkeln.

Wir müssen es dahingestellt sein lassen, was das damals für eine Affektion war. Sicher ist nur, dafs von Lues keine Rede sein konnte. Von da an war die Patientin, abgesehen von einem leichten gynäkologischen Leiden, dauernd gesund bis zum Januar 1899.

Zu dieser Zeit bemerkte die Patientin das Auftreten von roten, nicht juckenden und nicht schuppenden Flecken auf der Haut der Brust, die sich allmählich über den ganzen Körper ausbreiteten; nur Gesicht und Hände blieben verschont. Nachdem die Behandlung zu Hause ohne Erfolg geblieben war, konsultierte die Patientin Herrn Dr. Veiel in Cannstatt. Derselbe empfahl eine Teerbehandlung. Obschon dieselbe aus äufseren Gründen nur kurze Zeit durchgeführt werden konnte, heilte der Ausschlag, wie es scheint, spontan, im Laufe des Sommers ab.

Im Januar 1900 brach plötzlich, nachdem die Patientin einige Tage lang an äufserst heftigen, ischiasartigen Schmerzen zu leiden gehabt hatte, ein schwerer Zoster ischiadicus aus, der von überaus qualvollen Neuralgien begleitet war und mehrere Wochen zu seiner Heilung in Anspruch nahm.

Mitte April 1900 erkrankte die Patientin wiederum ganz plötzlich aufs neue mit einem Ausschlag auf beiden Händen und Vorderarmen,

später auch im Gesicht. Die Haut dieser Partien war stark geschwollen, rot, heftig juckend und brennend, nicht nässend. Dieser Ausschlag wurde 7 Wochen lang vorzugsweise mit Hebrasalbe-Verbänden behandelt, ohne jedoch irgend welche Neigung zur Heilung zu zeigen.

Am 25. Mai begab sich die Patientin auf den Rat des Hausarztes nach Schinznach ins Bad. Die Kur daselbst hatte einen so ausgezeichneten Erfolg, daſs sich die Patientin schon nach acht Tagen als geheilt betrachten konnte. Sie blieb aber noch bis zum 20. Juni in Schinznach und machte dann noch einen dreimonatlichen Landaufenthalt im Berner Oberland; erst im Herbst kehrte sie vollkommen gesund nach Basel zurück.

Mitte November 1900 erkrankte sie wiederum ganz plötzlich.

Zu dieser Zeit bekam ich die Patientin zum ersten Male zu Gesicht (16. November 1900). Das Leiden machte mir den Eindruck einer schweren, ganz akuten Dermatitis von fast erysipelartigem Charakter. Die ganze befallene Hautfläche, also besonders Rücken und Seitenflächen der Finger, Handrücken, das untere Drittel der Vorderarme, das Gesicht und die linke Halsgegend, war stark geschwollen, ödematös hochrot, heftig juckend und brennend, stellenweise mit kleinen Bläschen und Papeln bedeckt, zum Teil auch nässend. Stark geschwollen waren auch die Ohrmuscheln, besonders die linke, die Lippen und Augenlider. An den Kommissuren der Lippen und der Lider, in der Furche hinter dem linken Ohr war die Haut eingerissen.

Die Patientin klagte über heftiges Jucken und Brennen, litt an Schlaflosigkeit und war, wie man nicht anders erwarten konnte, sehr nervös und aufgeregt, dabei bestand leichtes Fieber.

Die zunächst eingeleitete Behandlung, bestehend in Einpuderung, Priessnitzschen Umschlägen, aromatischen Bädern, Verbänden mit Zinkichthyolsalbenmull, Linimentum calcis, Bleiwasser, Byrolin, Zinkleim, erwies sich als vollkommen wirkungslos. Es zeigte sich zwar bald da, bald dort eine gewisse Besserung, eine Abnahme der entzündlichen Schwellung, aber diese Besserung hielt nie lange an. Meist trat ganz plötzlich und völlig regellos bald da, bald dort eine hochgradige, fast erysipelartige Schwellung unter heftigem, überaus qualvollem Jucken und Brennen auf.

Da die Kur in Schinznach anscheinend so trefflich gewirkt hatte, wünschte die Patientin einen Versuch mit Schinznacher Wasser zu machen. Herr Dr. Amsler von Schinznach hatte die Güte, am 28. November seinen Rat zu erteilen und empfahl besonders kurze Handbäder mit Schinznacher Wasser mit nachherigem Abwaschen desselben mit Borwasser, sowie Waschungen des Gesichts.

Leider war auch diese neue Behandlung nicht von Erfolg gekrönt. Nach kurzen lokalen Besserungen traten immer wieder, meist ganz

plötzlich, heftige Verschlimmerungen des entzündlichen Zustandes ohne irgend welche erkennbare äufsere Ursache auf.

Das Allgemeinbefinden begann nun erheblich zu leiden, namentlich durch den ununterbrochenen heftigen Juckreiz und die dadurch bedingte Schlaflosigkeit. Der Appetit nahm ab, die Patientin wurde immer aufgeregter, die jeweiligen Schübe waren gewöhnlich von erhöhten Temperaturen (bis zu 39° und 40°) begleitet, kurz, die Patientin kam recht herunter.

Ich empfahl ihr daher dringend Bettruhe an, und diese Verordnung war von auffallendem Erfolg begleitet. Die entzündliche Schwellung nahm rasch ab unter milder lokaler Behandlung mit feuchten Umschlägen, die Schübe wurden immer seltener und schwächer, der Schlaf stellte sich wieder ein; damit schwand die nervöse Erregung, der Appetit hob sich und gegen Weihnachten war Patientin soweit, dafs sie sich als hergestellt betrachtete und sich mit Eifer ihren Weihnachtsbeschäftigungen widmen konnte.

Am 26. Dezember besuchte ich sie zum letzten Male — wie ich glaubte — und erklärte das Leiden für geheilt und die Behandlung für abgeschlossen.

Da wurde ich am 2. Januar 1901 neuerdings zur Patientin gerufen. Ich war nicht wenig überrascht, sie in einem Zustande zu treffen, der schlimmer war als überhaupt je zuvor.

Die Kranke erzählte mir, sie sei gestern Abend wohl und gesund zu einem Familienfeste gegangen und habe sich dort plötzlich sehr unwohl gefühlt; sie fing an heftig zu frieren, dazu gesellte sich wieder heftiges Jucken und Brennen im Gesicht und an den Händen, die Haut dieser Partien schwoll an und begann zu nässen, so dafs die Patientin genötigt war, so rasch als möglich nach Hause zu fahren.

Dies alles war in Zeit von zwei Stunden vor sich gegangen. Die Nacht verlief schlaflos unter hochgradiger nervöser Erregung.

Als ich zur Patientin kam, fand ich eine derartige mächtige Schwellung des Gesichts, namentlich der linken Ohrmuschel, der Lider und Lippen, dafs ich mir ernstlich die Frage vorlegte, ob nicht eine erysipelatöse Infektion stattgefunden habe. Dazu war ich um so mehr berechtigt, als das Thermometer am vorhergegangenen Abend eine Temperatur von 42,3° C. gezeigt hatte. Meine naturgemäfs ausgesprochenen Zweifel, ob die Temperatur auch richtig beobachtet worden sei, wurden vom Gatten der Patientin des allerbestimmtesten abgelehnt, und angesichts der in Zeit von zwei Stunden unter Schüttelfrost aufgetretenen grandiosen, die Patientin bis zur Unkenntlichkeit entstellenden Schwellung habe ich, zumal bei der Zuverlässigkeit des die Temperatur beobachtenden Gatten, keinen Grund, an der Richtigkeit dieser Angaben zu zweifeln.

Die Augenlider waren derart geschwollen, dafs die Patientin kaum aus den Augen sehen konnte, die Kommissuren der Lippen und Lider wiederum rhagadiform eingerissen. Auch die linke Hals- und Nackengegend stark entzündet, rot geschwollen, mit Bläschen besetzt, stellenweise nässend.

Es ist nicht erstaunlich, dafs die Patientin in einen Zustand hochgradiger geistiger Aufregung, in eine geradezu verzweifelte Stimmung geriet, die durch die infolge des Juckens anhaltende Schlaflosigkeit nicht gebessert wurde.

Ich verordnete Bettruhe, Eisblase, Umschläge mit Linimentum Calcis, abgekühlte Kartoffelmehlkataplasmen, Priessnitzsche Umschläge mit essigsaurer Thonerde und ähnliches. Es trat nun allerdings eine Besserung ein, aber dieselbe war nicht von langer Dauer, da die Patientin sich nicht entschliefsen konnte, dauernd Bettruhe zu wahren. Es kamen immer und immer wieder neue Schübe, bald war die eine Hand mehr geschwollen, bald die andere, bald eine Seite oder Partie des Gesichts, bald eine andere. Die Behandlung hatte offenbar sehr wenig Einfluſs. Es konnte vorkommen, dafs die entzündete linke Ohrmuschel unter Zinkichthyol-Salbenmullverband abschwoll und wieder schön weifs wurde, während die gleichseitige Wange unter demselben Salbenmullverband noch stärker anschwoll als zuvor. Da bis Ende Januar das Leiden gar keine Tendenz zur Heilung zeigte, vielmehr immer neue Schübe auftraten, wünschte die Patientin noch einen Spezialisten zur Konsultation beizuziehen.

Ich bat Herrn Professer Jadassohn um seinen Rat und er war so freundlich, die Patientin am 5. Februar in ihrer Wohnung anzusehen. Diese Konsultation fand in einem anderen Zimmer statt als meine gewohnten Besuche.

Herr Professer Jadassohn glaubte, wie ich, dafs diese jetzige Affektion nichts Gemeinsames mit dem universellen Ausschlag des vorletzten Sommers habe und dafs es sich um eine akute Dermatitis aus bisher unbekannter Ursache handle. Während er noch über eine etwaige Ursache sprach, fielen seine Augen auf einige auf dem Fensterbrett stehende Primula obconica-Stöcke. Er sprach sogleich die Vermutung aus, es möchte die seit April 1900 aufgetretene und immer von neuem rezidivierende Dermatitis auf Berührung mit dieser Primel zurückzuführen sein. Der herbeigerufene Gärtner gab an, dafs diese Primeln anfangs April 1900 ins Haus gebracht worden seien. Die Patientin hatte sie regelmäfsig selbst besorgt, gereinigt und beschnitten.

Es wurde nun die sofortige Entfernung der verdächtigen Blumen angeordnet und die entzündeten Hautpartien mit einer Kühlsalbe bedeckt. Angesichts der hochgradigen nervösen Erregung empfahl Professor Jadassohn der Patientin für einige Tage Bettruhe.

Es stellte sich nun sofort bedeutende Besserung ein. Die hochgradige Entzündung nahm rasch ab, die Stimmung hob sich zusehends. Leider traten nun zahlreiche Furunkel und Abscesse an beiden Händen und am Nacken auf, die grofsenteils mit dem Messer geöffnet werden mufsten.

Nach 14 Tagen war die Dermatitis sozusagen völlig zurückgegangen, neue Schübe hatten sich keine mehr eingestellt, man durfte auf gänzliche Genesung in allerkürzester Frist hoffen.

Leider sollte sich diese Hoffnung nicht so rasch verwirklichen. Es traten nämlich wieder neue Schübe auf und zwar ganz unregelmäfsig bald da, bald dort, heute an der einen Hand, morgen an der anderen, übermorgen vielleicht im Gesicht oder am Nacken. Wiederum konnte ich, wie früher schon, die Beobachtung machen, dafs die verschiedenen angewandten Behandlungsmethoden (Kühlsalben, PRIESSNITZsche Umschläge mit Alumin. acetic. solut. 1 : 10 auch ganz schwache Teersalben, Ungt. Caseini c. Zinc. oxyd., Zinkichthyol-Salbenmull, Puder etc. etc.) keinen Einfluſs auf die entzündlichen Vorgänge zu haben schienen; übrigens verschwanden nun die letzteren meist fast ebenso rasch, als sie gekommen waren.

Im grofsen und ganzen zeigte sich eben doch, dafs die immer wieder auftretenden entzündlichen Schübe einen immer gelinderen Charakter annahmen und in immer gröfseren Intervallen sich einstellten. Aber es dauerte doch noch bis Ende Mai, bis die Patientin als definitiv geheilt betrachtet werden konnte; ein Aufenthalt am Vierwaldstätter See trug meines Erachtens dazu bei, die Genesung zu einer vollständigen zu machen.

Das ganze Leiden hatte somit gedauert von Mitte April 1900 bis Mitte Juni 1900 und von Mitte November 1900 bis Ende Mai 1901.

Ein unliebsames Andenken an die ganze schwere Leidenszeit ist allerdings zurückgeblieben, nämlich ziemlich ausgebreitete Vitiligoflecke in der linken Halsgegend und auf dem linken Handrücken. Letztere waren schon während der Schinznacher Kur beobachtet worden, erstere sind erst gegen Ende der Krankheit zum Vorschein gekommen. Während ich eine Zeitlang, als trotz Entfernung der Primeln immer wieder neue Schübe sich einstellten, Zweifel hegte, ob es wirklich erlaubt sei, die Primeln als Ursuche dieser Dermatitis anzusehen, bin ich nun doch zur Überzeugung gekommen, dafs das ganze schwere, fast dreivierteljahrelang andauernde Leiden lediglich eine Primeldermatitis war.

Erstlich entspricht das Bild im grofsen und ganzen genau dem, das von verschiedenen Beobachtern entworfen worden ist. Die Lokalisation ist die typische: Rücken und Seitenflächen der Finger, Handrücken, Gesicht, Hals, also die Stellen, die in erster Linie mit dem Primelgift in Berührung kommen mufsten. Das plötzliche Auftreten der entzündlichen Schwellung wird allgemein angegeben. Es zeigte sich auch in diesem

Falle, dafs gewöhnlich mehrere Stunden vom Augenblick der Berührung der Pflanze bis zum Ausbruch der Entzündung vergingen. Für die Diagnose Primeldermatitis spricht auch sehr der Umstand, dafs, sobald die Patientin der Umgebung der Primeln entrückt war, eine sofortige auffallende Besserung eintrat. Am eklatantesten zeigte sich dies beim Schinznacher Aufenthalt.

Nachdem die Patientin damals sieben Wochen lang ohne jeden Erfolg zu Hause behandelt worden war, genügte ein achttägiger Aufenthalt in Schinznach, um eine vollständige Besserung, ja Heilung zu erzielen. Während man damals diese Besserung dem Schinznacher Wasser zu gute schrieb, liegt der Gedanke jetzt nahe, dafs es die Entfernung von der krankmachenden Ursache war, die jene heilsame Wirkung zur Folge hatte. Ähnliches wiederholte sich im Dezember vorigen Jahres, als ich die Patientin längere Zeit Bettruhe einhalten liefs, es trat fast völlige Heilung ein; sobald aber die Patientin Anfang Januar wieder aufstand und wieder sich der Pflege ihrer Primeln widmete, trat die Dermatitis mit erneuter Kraft von neuem auf.

Um so auffallender war mir, dafs es nach völliger Entfernung der Primeln so lange — vom 5. Februar bis Ende Mai — ging, bis endgültige Heilung eintrat, dafs immer wieder neue Schübe sich zeigten.

Es wird dies wohl nicht anders zu erklären sein, als dafs man annimmt, dafs die Haut durch die immer von neuem erlittene Reizung durch das Primelgift schliefslich in einen solchen Zustand von Entzündung geriet, dafs es eben längerer Zeit bedurfte, bis das Gleichgewicht wieder hergestellt war. Und es handelte sich ja gerade anfangs dieses Jahres um eine denkbar hochgradige Entzündung, die oft genug an Erysipel erinnerte.

Die Patientin litt sonst nicht an Ekzemen, auch das Exanthem, das im vorletzten Jahre aufgetreten war, kann bei der völligen Abwesenheit von Jucken kaum als Ekzem angesprochen werden. Man wird darum die überaus grofse Hartnäckigkeit der Primeldermatitis nicht auf eine bestehende ekzematöse Disposition schieben können.

Aufser dieser langen Dauer der Erkrankung und des Heilungsvorganges zeichnet unseren Fall vorzugsweise der Umstand aus, dafs die heftigeren Schübe von Fieber begleitet waren, und zwar einmal von ganz aufserordentlich hohem, war doch dabei die Temperatur nach vorausgegangenem Schüttelfrost und unter schwerer nervöser Erregung bis auf 42,3° C. gestiegen.

In Anbetracht der grofsen Verbreitung, welche die Primula obconica gefunden hat, sollte man bei keinem Falle von akuter Dermatitis der Hände, des Gesichts und des Halses unterlassen, an die Möglichkeit einer Primeldermatitis zu denken, wenn man sich nicht dem Vorwurf aussetzen will,

seine Patienten monatelangen, ja vielleicht jahrelangen schweren Leiden und Berufsstörungen ausgesetzt zu haben, die bei richtig gestellter Diagnose zu vermeiden gewesen wären.

Die Behandlung wird natürlich vor allem mit der Entfernung der Ursache beginnen. Aber man muſs darauf gefaſst sein, daſs die völlige Heilung unter Umständen noch wochen-, ja monatelang sich verzögern kann und daſs trotz Entfernung der Ursache noch neue entzündliche Schübe sich einstellen können. Im übrigen wird die Behandlung eine milde, entzündungswidrige sein müssen. Am meisten Erfolg scheinen mir feuchte Umschläge, z. B. mit essigsaurer Thonerde, zu haben, bei ganz hochgradigen Entzündungszuständen, verbunden mit heftigem Jucken und Brennen, fand meine Patientin die gröſste Erleichterung durch den Eisbeutel. Salbenverbände schienen ihr weniger angenehm zu sein und auch weniger gut zu bekommen. Sehr empfehlen möchte ich im Abheilungsstadium öftere Abwaschungen mit starkem Alkohol.

Wenn irgend möglich, würde ich in einem künftigen Falle nicht nur die Primeln, sondern auch die Patientin für einige Zeit aus dem Hause entfernen. Es war mir auffallend, wie merkwürdig rasch die Affektion in Schinznach zurückging und wie die Rezidive erst gänzlich ausblieben, als die Patientin Ende April einen Aufenthalt am Vierwaldstätter See machte.

Ich hatte den Eindruck, als ob, wenn auch die Primeln aus dem Hause entfernt waren, doch immer noch gewissermaſsen ihr böser Geist in demselben herumspukte und die entzündete Haut nicht zur Ruhe kommen lieſse.

Aus der Praxis.

Über die Behandlung der gonorrhoischen Gelenkentzündung.

Von

Dr. M. Bockhart-Wiesbaden.

Die gänzliche Unwirksamkeit des salicylsauren Natrons gegenüber dem Tripperrheumatismus wird heutzutage beinahe wie ein Axiom behauptet. Zwar haben Gerhardt, Fraenkel und Fürbringer[1] bei der gonorrhoischen Gelenkentzündung günstige Erfolge vom salicylsauren Natron gesehen, aber im übrigen wird man kaum irgend eine Abhandlung über

[1] Fürbringer, Die inneren Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane. Berlin 1890.

Tripperrheumatismus finden, in der nicht die Wirkungslosigkeit dieses Medikamentes betont wird. Und doch ist das salicylsaure Natron bei der gonorrhoischen Gelenkentzündung durchaus nicht wirkungslos; man kann hier mit diesem Heilmittel sogar sehr gute Erfolge erzielen, wenn man es in geeigneter Weise anwendet. Einen so prompten und eklatanten Erfolg wie bei der Polyarthritis rheumatica darf man freilich nicht erwarten. Die Resultate jedoch, die ich bei der von mir geübten Behandlung der akuten gonorrhoischen Gelenkentzündung mit salicylsaurem Natron erzielt habe, sind so gut, dafs ich diese Behandlungsart aufs wärmste empfehlen möchte.

Wenn man einem Kranken mit frischer gonorrhoischer Gelenkentzündung salicylsaures Natron giebt, etwa 6—10 g im Tag, so wird man finden, dafs nach 24 oder 48 Stunden die Schmerzen und die Schwellungen im oder am Gelenk geringer geworden sind. Fährt man nun — wie es gewöhnlich geschieht — mit der Darreichung des salicylsauren Natrons ununterbrochen fort, dann wird man in der Regel vom dritten Tage an keine weitere Besserung im Zustande des Kranken beobachten können, oder man wird sogar finden, dafs am vierten, fünften oder sechsten Tage eine geringe Verschlimmerung eintritt. Auf diese Weise angewandt wird sich das salicylsaure Natron bei der gonorrhoischen Gelenkentzündung allerdings als unwirksam erweisen.

Ganz anders verhält sich jedoch die Sache, wenn man das salicylsaure Natron nicht ununterbrochen, sondern in Zwischenräumen giebt. Ich habe durch folgende Art der Anwendung dieses Heilmittels sehr gute Erfolge erzielt: der Kranke bekommt am ersten Tage 8—10 g salicylsaures Natron (1 g pro dosi; in Oblatenkapseln oder in Pfefferminzwasser gelöst); am zweiten Tage 6 g. Gleichzeitig auf die kranken Gelenke Ichthyolsalbe oder Ichthyolvasogen[2] und darüber einen warmen Verband mit Watte und Flanellbinde. Der Kranke wird nun mehr oder minder stark schwitzen und sich am Ende des zweiten Tages erheblich besser fühlen. Die Schmerzen, die Gelenkschwellungen und das Fieber werden geringer geworden sein. Am dritten und vierten Tage erhält er kein salicylsaures Natron, sondern nur lokal Ichthyol und Watteverband. Während dieser Zeit wird keine weitere Besserung seines Zustandes eintreten. Am fünften und sechsten Tage bekommt er wieder salicylsaures Natron, je 6 g pro die. Hierauf wird die Darreichung dieses Medikamentes drei Tage lang ausgesetzt. Dann erhält der Patient wieder zwei Tage lang je 4—6 g salicylsaures Natron in Dosen zu je 0,5 g. Auf diese letztere Art (zwei Tage lang salicylsaures Natron in Dosen zu 0,5 g und

[2] Cf. Leistikow, Zur Behandlung des Tripperrheumatismus. *Monatsh. f. prakt. D.* 1900. Bd. 31.

zwar 4—6 g pro die, dann drei Tage lang Pause) wird fortgefahren bis zur Heilung oder wenigstens bis zum Verschwinden der Schmerzen in den kranken Gelenken. Die Ichthyol-Watteverbände werden mit Priessnitzschen Verbänden oder mit heifsen Breiumschlägen vertauscht, wenn die kranken Gelenke nicht mehr heftig schmerzen. Sobald der Patient die kranken Gelenke ohne erhebliche Schmerzen bewegen kann, bekommt er warme Bäder von 26—28° R. Sind die Gelenkschmerzen ganz verschwunden, ist aber noch Gelenkschwellung zurückgeblieben, dann kann Massage mit Vorsicht angewandt werden.

Bei dieser Behandlungsweise habe ich immer gefunden, dafs das salicylsaure Natron jedesmal, während es gegeben wird, einen Fortschritt in der Besserung herbeiführt. In den Pausen dagegen, während welcher kein salicylsaures Natron gegeben wurde, war stets ein Stillstand der Besserung unverkennbar. Die Heilung erfolgte also gewissermafsen ruckweise. Die Pausen scheinen hier zur Entfaltung der Wirkung des salicylsauren Natrons notwendig zu sein.

Ich habe auf diese Weise in den letzten zehn Jahren 65 Kranke mit frischer gonorrhoischer Gelenkentzündung behandelt. Zehn Jahre lang vorher habe ich solche Kranke ohne salicylsaures Natron behandelt. Ich habe den bestimmten Eindruck, dafs die mit salicylsaurem Natron behandelten Kranken in der Hälfte der Zeit geheilt wurden, wie die ohne salicylsaures Natron behandelten. Unter jenen 65 Kranken waren 42 mit einfachem gonorrhoischem Hydrops des Gelenkes und 23 mit Schwellung der Gelenkkapsel und des periarticulären Gewebes mit und ohne Erguls ins Gelenk. Bei 5 von diesen 65 Patienten hatte das salicylsaure Natron gar keinen Nutzen; bei den übrigen 60 jedoch einen sehr guten Erfolg: die Kranken mit einfachem Hydrops genasen vollständig in 1—3 Wochen; die übrigen mit der schwereren Form der gonorrhoischen Gelenkentzündung wurden in 1—2 Monaten vollständig geheilt. Das ist gewifs ein gutes Resultat. Hie und da wurden im Anfange der Behandlung noch ein oder mehrere bis dahin gesunde Gelenke von der Krankheit befallen; aber gerade diese im Laufe der Behandlung erkrankten Gelenke heilten am raschesten. Am spätesten heilten immer die zuerst erkrankten Gelenke. Punktion oder Ausspülung der Gelenke war in keinem Falle notwendig. In keinem Falle blieb Gelenksteifigkeit zurück.

Warum bei der soeben beschriebenen Behandlung der frischen gonorrhoischen Gelenkentzündung das salicylsaure Natron so günstig wirkt, vermag ich nicht zu sagen. Jedenfalls ist es nicht die schweifstreibende Wirkung dieses Heilmittels allein, die den günstigen Effekt herbeiführt: denn bei einigen Kranken mit gonorrhoischer Gelenkenzündung, die ich nur mit anderen schweifstreibenden Mitteln behandelte, erzielte ich kein so gutes Resultat. Ebenso hatte ich von der Behandlung mit Antipyrin

Salipyrin, Salol und Jodkalium keinen Erfolg gesehen. Gänzlich unwirksam erwies sich das salicylsaure Natron in allen Fällen von alter gonorrhoischer Gelenkentzündung — die man hier in Wiesbaden so häufig sieht — namentlich bei allen Kranken mit steif gewordenen Gelenken, ferner in den seltenen Fällen von gonorrhoischem Pyarthrus und von phlegmonöser gonorrhoischer Gelenkentzündung.

Recidive der gonorrhoischen Gelenkentzündung habe ich bei jenen 65 Kranken nicht gesehen. Die gonorrhoische Gelenkentzündung recidiviert bekanntlich sehr gerne. Aber der Eintritt eines Recidivs hängt, wie jetzt allgemein anerkannt wird, nicht sowohl von der Art der Behandlung der Gelenkentzündung ab, als vielmehr von der Behandlung des Harnröhrentrippers. Heilt man die kranke Harnröhre oder beseitigt man wenigstens die Gonokokken aus der Harnröhrenschleimhaut und aus der Prostata, dann wird man nie ein Recidiv der gonorrhoischen Gelenkentzündung sehen. Für den Kranken mit gonorrhoischer Gelenkentzündung ist die vorsichtige und zweckmäfsige Behandlung seiner Harnröhre ebenso wichtig als die Behandlung seiner kranken Gelenke.

Aufser den Recidiven ist für diese Patienten am mifslichsten die Gelenksteifigkeit, die so häufig nach gonorrhoischer Gelenkentzündung zurückbleibt. Über diese Gelenksteifigkeit habe ich folgende Beobachtung gemacht: Ich habe früher, in den ersten zehn Jahren meiner Praxis, bei allen frischen schweren Formen der gonorrhoischen Gelenkentzündung immobilisierende Verbände angewandt. Diese Verbände beseitigen zweifellos am raschesten die Schmerzen und die Schwellungen in den Gelenken. Aber ich sah doch häufig nach diesen Verbänden Gelenksteifigkeit, ja selbst Ankylose eintreten, die dann nur mit grofser Mühe und nach langer Zeit gänzlich beseitigt werden konnte. Ich sehe ferner in jedem Jahre unter den Patienten mit alter gonorrhoischer Gelenkentzündung, die die Wiesbadener Bäder aufsuchen, eine recht grofse Anzahl von Kranken mit steifen oder ankylotischen Gelenken — etwa 40 von 60 solcher Kranken im Jahr —, die vorher mit immobilisierenden Verbänden behandelt worden waren. Beinahe alle aber, die keine steifen Gelenke haben, hatten vorher auch keine immobilisierenden Verbände bekommen. Von meinen 65 Patienten mit frischer gonorrhoischer Gelenkentzündung aus den letzten zehn Jahren hat keiner einen immobilisierenden Verband, aber auch keiner ein steifes Gelenk bekommen. Gewifs war nicht die Behandlung mit salicylsaurem Natron auf dieses günstige Resultat von Einfluſs, sondern nur die Unterlassung der immobilisierenden Verbände. Nasse[3] giebt in seiner vorzüglichen Abhandlung über den Tripperrheumatismus den Rat,

[3] Nasse, Die gonorrhoischen Entzündungen der Gelenke, Sehnenscheiden und Schleimbeutel. *Sammlung klinischer Vorträge.* 1897. No. 181.

man solle die kranken Gelenke nicht überflüssig lang fixieren. Nach meiner Erfahrung muſs ich sagen: man soll bei gonorrhoischer Gelenkentzündung die Gelenke überhaupt nicht fixieren. Der Kranke hat dann allerdings einige Tage länger Schmerzen zu ertragen, aber er bekommt kein steifes Gelenk. Der gonorrhoischen Gelenkentzündung ist so sehr die Tendenz zu Versteifungen und Verwachsungen der Gelenke und zu Adhäsionen der Sehnen eigen, daſs auch ein kurz dauernder immobilisierender Verband groſsen Schaden bringen kann.

Die Neigung der gonorrhoischen Synovitis zu Versteifungen der Gelenke wird, wie mir scheint, auch durch eine andere unzweckmäſsige therapeutische Maſsregel befördert, nämlich durch die Applikation der Eisblase auf das frisch erkrankte Gelenk. Mit der Kältebehandlung der akuten gonorrhoischen Gelenkentzündung habe ich früher ebenso schlechte Erfahrungen gemacht wie mit den immobilisierenden Verbänden. Seit zehn Jahren habe ich statt der kalten Umschläge warme oder heiſse angewandt und damit die besten Erfolge erzielt.

Ich kann nach meiner Erfahrung die Richtigkeit der von Freudenberg[4] jüngst mitgeteilten Beobachtungen über die vortreffliche Wirkung der Kataplasmen und über die schädliche Wirkung der immobilisierenden Verbände bei der gonorrhoischen Gelenkentzündung durchaus bestätigen.

Bei der Behandlung der frischen gonorrhoischen Gelenkentzündung sollte man mehr, als es bisher geschah, auf „die wichtigste klinische Eigentümlichkeit dieser Krankheit, nämlich die Neigung zu Versteifungen der Gelenke,“[5] achten. Man sieht immer noch recht häufig, daſs zur Heilung dieser Gelenksteifigkeit ebensoviele Monate nötig sind, als vorher Wochen nötig waren, um den akuten Anfall von gonorrhoischer Gelenkentzündung zu beseitigen.

---

[4] Freudenberg, Kataplasmen bei gonorrhoischer Arthritis und Tendovaginitis sowie anderen Komplikationen der Gonorrhoe. *Die Therapie der Gegenwart.* 1900. 8. Heft.

[5] Nassa, l. c.

Versammlungen.

16. Jahresversammlung der British Medical Association, abgehalten zu Cheltenham am 31. Juli, 1. und 2. August 1901.

(*The British Journal of Dermatology.* September u. Oktober 1901.)

Sektion für Dermatologie.

R. Sabouraud spricht: **Über die Rolle, welche die Streptokokken in der Ätiologie der Hautkrankheiten spielen.** Der Fehleisensche Streptococcus weise verschiedene Grade von Virulenz auf. Er sei der spezifische Organismus des Erysipels und der verwandten Krankheiten. Aber die spezifische Läsion des Streptococcus in der Haut selbst sei die Phlyctaene oder das intra-epitheliale Bläschen oder die Blase der wahren Impetigo von Tilbury Fox, wie sie oft im Gesichte der Kinder vorkommt. Frühzeitig untersucht, zeigte der Inhalt der blasenförmigen Efflorescenzen Reinkulturen des Streptococcus. Später treten andere Bakterien hinzu und verdecken die Anwesenheit des Streptococcus. Im allgemeinen könne man sagen, daſs der Streptococcus bei gewissen Läsionen eine oberflächliche Ulceration und Krustenbildung hervorrufe, die man im Sinne der älteren englischen Dermatologen mit „Rupia" bezeichnen könne. Der Streptococcus spiele aber auch eine wichtige komplizierende Rolle bei vielen entzündlichen Hautkrankheiten.

Der Staphylococcus pyogenes aureus von Rosenbach komme bei den meisten mit Eiterungen einhergehenden Hautkrankheiten vor, so beim Karbunkel, Furunkel, bei der Acne varioliformis, der suppurativen Follikulitis etc. Er sei durch die spezifische Ursache der Impetigo Bockhart, bei welcher die pustulöse Efflorescenz als eine Entzündung im Haarfollikel oder in der Umgebung desselben beginne.

Der grauweiſse Kulturen produzierende Staphylococcus cutis communis, wie er ihn nenne, finde sich in groſser Menge auf der Haut und müsse als die Ursache der milden, entzündlichen mit Desquamation einhergehenden Affektionen angesehen werden, so der Pityriasis capitis, der Seborrhoea corporis, der circinären seborrhoischen Dermatitis der englischen Autoren. Der erwähnte Staphylococcus sei identisch mit dem von Unna beschriebenen Morococcus, der der spezifische Organismus beinahe aller Ekzemformen sein solle. Diese Unnasche These sei jedoch unhaltbar. Der Staphylococcus cutis communis besitze nur die Kraft, Desquamation der oberen epithelialen Schichten hervorzurufen. Die Pityriasis sei sein charakteristisches Produkt. Der Unnasche „Flaschenbacillus" sei wahrscheinlich nur eine degenerierte Form des Staphylococcus cutis communis und besitze keine pathogenetische Bedeutung.

Galloways Ausführungen decken sich zum gröſsten Teile mit denen des Vorredners. Auch er nimmt drei Arten von Kokken an, welche für die Hautaffektionen in Betracht kommen:

1. Den Streptococcus pyogenes (Fehleisen), den Erreger des Erysipels und der erysipelatoiden Krankheiten.

2. Den Staphylococcus pyogenes aureus (Rosenbach), der gelbe Kulturen produziert und der Erreger der gewöhnlichen Hauteiterungen ist.

3. Den Staphylococcus pyogenes albus (Rosenbach), der weiſsliche Kulturen produziert. Die Virulenz dieses Organismus wechselt innerhalb weiter Grenzen. Seine nicht virulenten Formen scheinen nahezu konstante Hautbewohner zu sein und sind als Staphylococcus cutis communis, Staphylococcus epidermis albus, Morococcus be-

schrieben worden. Diese Formen sind für gewöhnlich unschädlich, können jedoch unter gewissen Umständen stärker pathogen werden und zu entzündlichen Hautzuständen Anlafs geben.

Whitfield macht darauf aufmerksam, dafs man einen Coccus von der Haut erhalten könne, welcher weifsliche Kulturen produziere, aber Gelatine nicht verflüssige. Dies könne zur Unterscheidung zwischen den gemeinen Hautkokken und dem Staphylococcus pyogenes albus von Bedeutung sein.

An der sehr lebhaften Diskussion beteiligen sich N. Walker, A. Jamieson, Savill, Dubreuilh, Crocker, C. Fox und Pernet.

W. Dubreuilh-Bordeaux spricht über **Paget's Disease** an der Hand einiger Fälle, bei denen die Vulva in Mitleidenschaft gezogen war. Vortragender sieht den Prozefs an als eine bösartige Veränderung des Oberflächenepithels von Anfang an. Die Malignität könne schwach sein, jedoch auch, wenn die Affektion in die Tiefe greife und beispielsweise bei der Lokalisation an der Brustwarze die Milchgänge befalle, recht frühzeitig carcinomatöse Knoten hervorrufen.

J. M. Mac Leod spricht: **Über die Histologie der Yaws** und demonstriert mikroskopische Präparate.

Malcolm Morris eröffnet die Diskussion über: **Die Behandlung von Hautkrankheiten nach Finsens Lichttherapie und mit X-Strahlen.** Vor allem sei es der Lupus vulgaris, weniger der Lupus erythematosus, der durch Finsens Lichttherapie günstig beeinflufst werde. Auch bei der Behandlung des Ulcus rodens hätte er bedeutende Erfolge gesehen, während das Ergebnis beim Epitheliom und Keloid ein negatives gewesen wäre. Ungeeignet für die Behandlung seien: 1. Narbenbildung mit sehr dichtem Narbengewebe; 2. Pigmentation; 3. starke Vaskularität; 4. grofse Ausdehnung indurierten Gewebes unterhalb der Hautoberfläche. Auch manche Körperstellen, wie die Augengegend, die Nasen-, die Mundhöhle, seien für die Exposition ungeeignet.

A. B. Blacker beschreibt den Apparat von Lortet und Genoud.

Sequeira teilt zunächst seine Erfahrungen mit der Anwendung der Lichttherapie im London-Hospital mit. Er fand, dafs beim Lupus vulgaris die durch Finsens Strahlen erzielte Narbe weicher, blasser und glatter sei, als bei der Behandlung mit X-Strahlen oder mit irgend einer anderen Methode, und dafs Rezidive weit seltener seien. Eine Kombination der X-Strahlen mit Finsens Strahlen sei von entschiedenem Vorteil und beschleunigte wesentlich die Heilung. Unbefriedigend sei der Erfolg beim Lupus erythematosus. Vortragender beschreibt sodann eine praktische Modifikation des Apparates von Lortet und Genoud.

A. Jamieson war von den Resultaten nicht sonderlich zufriedengestellt und mahnt, die altbewährten Methoden nicht ganz aufser Acht zu lassen.

H. G. Brooke empfiehlt warm die kombinierte Anwendung der X- und der Finsenschen Strahlen.

N. Walker hat den Nutzen der X-Strahlen bei verschiedenen Hautkrankheiten, so besonders beim Favus beobachtet. In einem Falle jedoch seien die Haare nach der Behandlung nicht wieder gewachsen. Vortragender möchte wünschen, dafs die so bewährte Methode der Licht- und Röntgentherapie nicht durch Kurpfuscher diskredidiert, sondern nur von den Händen erfahrener, sachverständiger Ärzte geübt würde. St. Taylor, Noiré-Paris, Hall-Edwards, W. Evans u. a. sprechen sich ebenfalls günstig über die Methode aus.

R. Crocker resumiert das Ergebnis der Diskussion. Dieselbe habe ergeben: 1. dafs man beim Lupus vulgaris in geeigneten Fällen mit Finsens Lichttherapie die besten Resultate erziele; 2. dafs zahlreiche Fälle für diese Behandlung ungeeignet

wären; 3. daſs die X-Strahlen bei der Behandlung des Lupus vulgaris und des Ulcus rodens sich als nützlich erwiesen hätten.

Nach einigen Vorträgen von Whitfield über **die Natur des Erythema induratum scrofulosorum,**

W. Beatty über einen **Fall von Pityriasis rubra pilaris,**

Eddowes über einen **Fall von Leukodermia, kombiniert mit Morphoea und Alopecia,**

eröffnet in der letzten Sitzung C. Fox die Diskussion über **Seborrhoe.** Der Vortragende erörtet zunächst kurz die Funktionen und die Verteilung der Talg- und Schweiſsdrüsen, bespricht die Fragen: 1. ob die Knäueldrüsen Fett in hinreichender Menge produzierten, um Tröpfchen an den Poren, oder einen nennenswerten öligen Überzug der Hautoberfläche zu bilden; 2. ob die Struktur der Talgdrüsen den Schluſs zuließe, daſs eine vermehrte Absonderung von Sebum ohne ihre Hypertrophie stattfinden könnte. Redner bespricht den klinischen Unterschied zwischen Seborrhoea oleosa und S. sicca, betrachtet die seborrhoischen Zustände nur als funktionelle und nicht als entzündliche Störungen und geht dann auf Unnas Ansichten über die Seborrhoe, das Ekzema seborrhoicum und die als Ursache derselben angesprochenen spezifischen Organismen ein und beschäftigt sich schlieſslich mit Sabourauds einschlägigen Untersuchungen.

Sabouraud vertritt seinen bekannten Standpunkt und giebt einen gedrängten Auszug aus seinen diesbezüglichen Arbeiten.

Brooke und L. Roberts sprechen über **die Wirkung des Arsenik auf die Haut.**

E. Pratt berichtet über einen **Fall von Purpura haemorrhagica in Verbindung mit allgemeiner Tuberkulose.**

Zahlreiche Demonstrationen von Krankheitsfällen, farbigen Bildern, Photographien, mikroskopischen Präparaten schlossen die überaus interessante und instruktive dermatologische Sektion der Jahresversammlung. *C. Berliner-Aachen.*

Venerologisch-dermatologische Gesellschaft zu Moskau.

Sitzung vom 12./25. Oktober 1901.

Originalbericht von Arth. Jordan-Moskau.

1. Sokoloff als Gast demonstrierte einen Fall von **Keratosis follicularis.** Es handelt sich um einen 32jährigen Mann, bei dem sich das Leiden angeblich im sechsten Lebensjahre, nach Masern, eingestellt hat. Patient gehört einer nervös veranlagten Familie an, denn zwei Brüder von ihm sind epileptisch. Augenblicklich finden sich, entsprechend den Follikeln, auf dem ganzen Körper, insbesondere aber auf den Streckseiten der Extremitäten, symmetrisch angeordnete, kleine Knötchen mit einem Haarstümpfchen im Centrum. Die Haut ist trocken und schuppt. Auf den Handflächen und Fuſssohlen finden sich tiefe Einrisse. Die Nägel sind stark verändert.

2. Tschlenoff führte einen 19jährigen Kranken mit **Keloidbehandlung** vor. Auf dem Rücken des Patienten finden sich Gruppen von unzähligen, verschieden groſsen Geschwülsten, die aus Narben nach Akneknoten hervorgegangen zu sein scheinen.

Diskussion: Metschersky glaubt, daſs es sich weniger um Keloide, als um Fibrome handele. Tschlenoff behält sich vor, auf den Fall nochmals genauer zurückzukommen, sobald die mikroskopische Untersuchung beendet sein wird. Pospeloff teilt aus seiner Privatpraxis eine Beobachtung von Keloidbildung auf der Brust mit,

wo gegen seinen Rat eine Exstirpation vorgenommen wurde. Wie zu erwarten stand, entwickelte sich ein neues, noch gröfseres Keloid. Shiwult zeigt die Moulage eines Falles von symmetrisch angeordneten Keloiden auf dem einen Unterarm.

3. Speranski sprach über **die augenblickliche Behandlung des Lupus vulgaris in den Kliniken von Berlin, Wien und Paris.** Er berichtete über die operative Behandlung des Lupus bei Prof. Lane in Wien, wie über die Finsenkabinette von Prof. Lesser, wie auch von Prof. Lassar in Berlin und von Professor Fournier in Paris und blieb genauer stehen bei dem neuen Apparat von Lortet und Genoud für Lichtbehandlung, welcher bei viel gröfserer Billigkeit dasselbe zu leisten verspricht, wie der Finsensche Apparat. Im Anschlufs hieran demonstrierte Speranski den von der Moskauer dermatologischen Klinik erworbenen Lortetschen Apparat an einer Lupuskranken.

Fachzeitschriften.

Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.

Band 19. Oktober 1901.

I. **Die Ursache der Streifen beim Naevus linearis,** von D. W. Montgomery-San Francisco. Der Verfasser beschreibt einen Fall bei einem 12jährigen, intelligenten Knaben mit linearem Naevus, welcher zumeist aus mehr oder weniger dunkel gefärbten, flachen, warzigen Erhabenheiten bestand und am rechten oberen Augenlid, am Halse vorn und hinten, Brust, Oberarmen, linken Vorderarm, in der linken Achselhöhle, am Abdomen, an der rechten Regio pubica und auf der rechten Seite des Perineums lokalisiert war. In der Achselhöhle zeigten die Exkrescenzen wahrscheinlich wegen der hier bestehenden Hitze, Feuchtigkeit und Reibung eine vegetative Beschaffenheit. An den Stellen, wo warzige Erhabenheiten nicht vorhanden waren, erwies sich die Haut rauh und verdickt. Obgleich die Affektion bilateral war, zeigte sie dennoch eine gewisse Prädilektion für die Medianlinie des Körpers. Die warzigen Exkrescenzen wurden gleich nach der Geburt des Kindes bemerkt. Die mikroskopische Untersuchung einiger derselben ergab einen deutlichen papillären Charakter mit schwacher Vermehrung des Hautpigments.

Der Verfasser bespricht die zur Erklärung des linearen Naevus in der Litteratur aufgestellten Theorien. Es sind deren sechs:

1. Die Linien folgen dem Verlaufe der Hautnerven.
2. Die Naevi folgen dem Laufe der sogenannten Voserschen.
3. Die Linien folgen den Hautspalten.
4. Die Linien folgen dem Verlaufe der Blutgefäfse.
5. Die Linien verlaufen metameral oder in den Körpersegmenten.
6. Die Linien liegen in den fötalen Nähten und folgen der Wachstumsrichtung der Gewebe.

Verfasser glaubt, dafs zur Erklärung des linearen Naevus bald die eine, bald die andere Theorie herangezogen werden müsse.

Eine Zusammenstellung der Synonyma für den Naevus linearis, deren es nicht weniger als 49 giebt, beschliefst die vorliegende Arbeit.

II. **Ein Fall von Dermatitis vegetans,** von M. B. Hartzell - Philadelphia. Es handelt sich bei dem vom Verfasser beschriebenen Falle um einen 57jährigen

Maschinisten, der mit einer auf die Inguinal- und Kruroskrotalgegend beschränkten Hautaffektion ins Hospital kam. Klinisch bot sich dem Beschauer das Bild eines chronischen, nässenden, mit starker Hautverdickung einhergehenden Ekzems dar. Das Leiden, ursprünglich mit einigen Pusteln am Gesäfs beginnend, verursachte von Anfang an intensives, häufig in Paroxysmen auftretendes Jucken, und es scheint die Annahme nicht unberechtigt zu sein, dafs die Affektion in ihrer gegenwärtigen Ausdehnung nicht zum wenigsten eine Folge der heftigen Kratzausbrüche sei.

Der Patient starb einige Wochen nach seinem Eintritt ins Krankenhaus an einer Pneumonie.

Die mikroskopische Untersuchung eines excidierten Stückchens der affizierten Haut zeigte, dafs die pathologischen Veränderungen sich hauptsächlich auf die Epidermis und die Papillenschicht beschränkten. Das Stratum corneum ist ganz dünn, fehlt aber nirgends ganz. Die interpapillären Fortsätze sind in der Länge und Breite stark vergröfsert, vielfach, namentlich an den unteren Enden verzweigt. Im zentralen Teile der Mehrzahl derselben sieht man Hohlräume, welche oft Epithelüberreste und eine mäfsige Anzahl von polynukleären Leukocyten enthalten. Die Papillen des Coriums sind stark vergröfsert und enthalten zahlreiche kleine Rundzellen. Ihre Kapillaren und Lymphgefäfse sind über die Norm dilatiert und an Zahl vermehrt. Mit Ausnahme einiger Exemplare des Staphylococcus pyogenes aureus in den oberen Lagen der Epidermis und in den intraepidermoidalen Hohlräumen fanden sich keinerlei Mikroorganismen vor.

Verfasser bespricht eingehend die Differentialdiagnose. Bei dem Mangel jeder Blasenbildung im vorliegenden Falle sei die Bezeichnung Pemphigus vegetans ungeeignet. Dem Krankheitsbilde entspricht mehr die Bezeichnung Dermatitis vegetans, die man als eine vegetierende Varietät der Dermatitis herpetiformis Duhring betrachten könnte.

III. **Über die Behandlung gewisser tiefsitzender, hartnäckiger Formen von Follikelerkrankung**, von E. B. Bronson-New York. Aknepusteln werden ihres Inhaltes, sei es mit dem Messer oder durch Ausdrücken, entleert, die zurückbleibende Höhle mit einer Tricresol- oder Lysol-, Kreolin- oder Karbolpaste mittels eines spitzen Gegenstandes angefüllt. Am besten ist es, wenn man etwas Nosophen, das selbst ein vorzügliches Desinfiziens ist, mit einem der oben erwähnten Antiseptica zu einer Paste anrührt. Unter diesem Verfahren heilt die Stelle ohne erneute Eiterbildung ab, und wird der Gefahr des Umsichgreifens des Prozesses am besten vorgebeugt. Bei Hypertrophie der Talgdrüsenfollikel, wie sie als Begleiterscheinung der Acne rosacea auftritt, empfiehlt Verfasser die Anwendung einer 30—40%igen Resorcin-Schälsalbe und in ganz hartnäckigen Fällen als ultimum refugium die Elektrolyse.

C. Berliner-Aachen.

The British Journal of Dermatology.

Band XIII. Oktober 1901.

Über die Histopathologie zweier Fälle von Hauttuberkuliden, bei welchen Tuberkelbacillen vorgefunden wurden, von Macleod und Ormsby-London. Fall 1 betraf ein 25jähriges Mädchen mit „akneiformen Tuberkuliden“ an den Streckseiten beider Beine unterhalb des Knies.

In Fall 2 handelte es sich um ein 17 Monate altes Kind mit Lichen urticatus, tuberkulöser Daktylitis, skrophulösen Knoten in der Haut und sonstigen Anzeichen tuberkulöser Belastung.

Die gemeinsamen histologischen Merkmale sind folgende:

1. In beiden Fällen scheint der Prozefs in der Subcutis seinen Ausgang zu nehmen und ist hauptsächlich charakterisiert durch Proliferation in den Venen und Zellhyperplasie um dieselben herum.

2. Die Zellinfiltration ergreift rapide das Fettgewebe, verdrängt und ersetzt dasselbe, mehr oder weniger von den Überresten der interlobären Septa eingekapselte Zellbezirke bildend. Diese frühe Zellinfiltration beschränkt sich zumeist auf die Subcutis und läfst hier die tiefsitzenden klinisch kaum sichtbaren aber doch palpablen Knoten entstehen.

3. In beiden Fällen dehnt sich die Zellinfiltration nach oben längs der Kapillaren aus, Herde in der Nachbarschaft der Schweifsdrüsenknäuel, Haarfollikel und Talgdrüsen bildend und erreicht schliefslich die Papillenschicht.

4. Bei beiden war die Zellhyperplasie ähnlich. In der Subcutis war sie im zweiten Falle deutlicher tuberkulös als im ersten, jedoch im Corium boten beide Fälle in gleicher Weise die charakteristische, tuberkulöse Struktur dar. Tuberkelbacillen wurden in den Riesenzellen des zweiten Falles gefunden.

5. Ein fibröses Stroma, welches die cellulären Hyperplasie stützen könnte, fehlte entweder ganz oder wurde durch ödematöses, degeneriertes Kollagen und Elastin repräsentiert.

6. In beiden Fällen entwickelte sich die Zellhyperplasie auf Kosten des benachbarten Gewebes und wurde schliefslich nekrotisch.

7. Die papillären und subpapillären Gefäfse füllten sich stärker, sobald die Infiltration auf das Corium übergriff. Dem entsprach auch klinisch das entzündliche Aussehen der Knoten.

8. Die Epidermis wurde nur sekundär in Mitleidenschaft gezogen.

C. Berliner-Aachen.

Dermatologische Zeitschrift.

1901. Band 8, Heft 5.

I. **Über Pemphigus neonatorum**, von Paul Richter-Berlin. Die im Frühjahr 1900 vom Berliner Polizeipräsidium erlassene Bekanntmachung, nach welcher wegen gehäufter Erkrankungen von Neugeborenen an Schälblasen (Pemphigus neonatorum) die Hebammen zur Anzeige jedes derartig erkrankten Kindes angewiesen werden, gab dem Verfasser Veranlassung, sich mit der Krankheit eingehender zu beschäftigen. In der vorliegenden Arbeit will der Verfasser alles, was ihm in der Litteratur des Pemphigus zugänglich war, kritisch sichten und zusammenfassen und damit dem bisherigen Mangel einer historisch-litterarischen Bearbeitung der Affektion in der deutschen Litteratur abhelfen.

Der Ausdruck „Pemphigus" kommt zuerst bei Hippokrates vor, der von πυρετοὶ πεμφιγώδεες spricht, ohne dafs sich klar stellen liefs, was er darunter verstanden hat. Die Bezeichnung „Pemphigus neonatorum seu connatus" stammt von Osiander aus dem Jahre 1794.

Wie Verfasser mit aufserordentlichem Fleifse an der Hand der einschlägigen Litteratur nachweist, ist die Krankheit vielfach unter anderen Namen beschrieben. Zahlreiche Autoren nennen sie „Phlyctaenae", andere „Schälblasen", „Erbsenpocken", „Blasenfieber", „Hitzblätterchen", „Schälblattern" etc.

Der epidemische Charakter und die Kontagiosität der Krankheit wird von den einen betont, von anderen geleugnet. Häufig werden Tripper, Syphilis und andere Geschlechtskrankheiten — „Sünden" — der Väter für das Entstehen des Pemphigus neonatorum verantwortlich gemacht, und mit diesem der Pemphigus syphiliticus ver-

wechselt. Als Ursache figuriert unter anderen noch die angeborene oder erworbene Disposition zu Skropheln und Atrophie und der Abschuppungsprozefs in den ersten Wochen nach der Geburt. Unermüdlich zieht der Verfasser einen Fall, einen Autor nach dem anderen bis auf die Neuzeit in den Bereich seiner interessanten, litterarhistorischen Betrachtung. (Fortsetzung folgt.)

II. **Ein Beitrag zur Kenntnis der Dermatitis exfoliativa universalis acuta Wilson-Brocq**, von E. Brunsgaard-Christiania. Die Frage, ob man die Dermatitis exfoliativa als eine selbständige Krankheit anzusehen habe, wird vom Verfasser in einem historischen Rückblick auf die einschlägige Litteratur eingehend besprochen und, soweit es sich um die von Erasmus Wilson, von Brocq und Vidal beschriebene Affektion handelt, schliefslich in bejahendem Sinne beantwortet. Sodann teilt Verfasser die Krankengeschichte eines letal verlaufenen Falles mit, dem bei der Sektion Hautstücke von verschiedenen Körperstellen excidiert wurden. Die Schnitte wurden mit Hämatoxylin oder nach der Methode van Giesons gefärbt. Zur Bakterienfärbung wurde Unnas polychromes Methylenblau und die Färbung nach Gram und Weigert benutzt.

Schon bei schwacher Vergröfserung zeigt sich, dafs die Entzündung der Haut sich vorwiegend um das subpapilläre und papilläre Gefäfsnetz lokalisiert. Hier sowohl wie im subkutanen Gewebe sind die Gefäfslumina erweitert und angefüllt mit roten Blutkörperchen und Leukocyten. An mehreren Stellen des subkutanen Gewebes sind zahlreiche Hämorrhagien, die sowohl poly- wie mononukleäre Leukocyten enthalten. Von grofsem Interesse ist, dafs in diesen Hämorrhagien oder in ihrer unmittelbaren Nähe sich zahlreiche Diplokokken, Streptokokken, sowie in Haufen liegende Kokken befinden, die sich sämtlich nach Gram färben lassen. Die Blutungen kann man am leichtesten in der Weise erklären, dafs infolge der Einwirkung der Bakterien auf die Gefäfse diese zerreifslich und durchlässig geworden sind.

Nachdem es gelungen ist, in den hämorrhagischen Herden eingelagerte Kokkenkolonien nachzuweisen, nachdem auch der Sektionsbefund das ausgesprochene Bild einer Infektionskrankheit ergeben hat, wird man, selbst wenn Reinkulturen und Impfversuche noch ausstehen, in der Annahme nicht fehl gehen, dafs es sich im vorliegenden Falle um eine Allgemeinerkrankung wahrscheinlich mit Streptokokken handele. Die Hautaffektion wird dann als ein das ganze Krankheitsbild beherrschendes und für ihre Bezeichnung bestimmendes Symptom der Allgemeininfektion aufzufassen sein.

III. **Über Jododerma tubero-bullosum**, von Th. Mayer-Berlin. Verfasser beschreibt einen Fall bei einer 67 Jahre alten Frau, die wegen eines luetischen Geschwüres am Fufse intern Jodkalium (30 : 500) verordnet bekam. Im Laufe von neun Tagen hatte die Patientin 24 Efslöffel = 22 g Jodkalium eingenommen. Schon nach dem fünften Löffel zeigten sich die ersten Anzeichen des Ausschlages in Form von fünfpfennigstückgrofsen, fast kreisrunden, stark plattenförmig über das Hautniveau hervorragenden, ziemlich harten, mit grünlichgrauen Borken bedeckten und von einem hellroten, entzündlichen Saume umgebenen Efflorescenzen, welche zuerst im Gesicht, dann an den Händen und Armen und schliefslich an den Unterschenkeln auftraten. Die Jodmedikation wurde sofort sistiert und die Efflorescenzen mit Puder und Borsalbe behandelt. Die weitere Beobachtung stellte fest, dafs die Efflorescenzen sich als Blasen rasch entwickelten. Abgesehen von den Hauterscheinungen litt die Patientin noch an Jodschnupfen und Konjunktivitis.

Die mikroskopische Untersuchung einer vom rechten Unterschenkel excidierten krustösen Efflorescenz ergab, dafs „der pathologische Prozefs im wesentlichen in einer besonders die mittleren und oberen Lagen der Cutis befallenden, mit gröfster Wahrscheinlichkeit auch von dort ausgehenden, teils proliferierenden, teils

exsudativen Entzündung bestand. Diese Entzündung findet ihren Stützpunkt in einer krankhaften Veränderung der Gefäße, welche fast alle Wandinfiltration, Proliferationsvorgänge, Thrombose oder Leukocytenemigration aufweisen. Die gebildeten Infiltrate, welche zum Teile auch die im übrigen unveränderten Knäueldrüsen umlagern, erhalten je mehr distalwärts gelegen, desto mehr durch Beimengung von Leukocyten einen veränderten Charakter, so daß sie nahe dem Papillarkörper als subkutane Abscesse angesprochen werden können. Die schon vorher durch seröse Exsudation aufgelockerte, ödematöse und in ihrer Funktion gestörte (Parakeratose) Epidermis vermag alsdann der durch die genannten Vorgänge bedingten Ernährungsstörung nicht mehr Widerstand zu bieten, sie wird entweder unter Bildung einer stark leukocytenhaltigen Blase abgehoben, oder verfällt einer fibrinoiden zur Verkrustung führenden Metamorphose."

„Klinisch hält der beschriebene Fall die Mitte zwischen pustulotuberösen und bullösen Formen und deckt sich bezüglich seiner pathologisch-histologischen Verhältnisse im wesentlichen mit den von früheren Autoren, insbesondere von Duckworth erhobenen Befunden."

Zur Krankengeschichte selbst ist noch nachzutragen, daß die Efflorescenzen eintrockneten und innerhalb von vier Wochen ohne Narbenbildung verschwunden waren.

C. Berliner-Aachen.

Dermatologisches Centralblatt.

V. Jahrgang. Heft 1.

Über experimentellen Haarausfall durch Thallium aceticum, von Beitmann. Bei Phthisikern, welchen man zur Bekämpfung der Nachtschweiße Thallium aceticum gab, bemerkte man zuerst einen ausgedehnten Haarausfall. Bei früher unternommener experimenteller Prüfung des Thallium an Kaninchen kam Verfasser zu keinem Ergebnisse, da die Tiere bald zu Grunde gingen. Buschke erzielte positive Resultate, wenn er das Mittel verfütterte, aber bei weißen Mäusen; die Haare fielen aus. Mit der Dosierung mußte sehr vorsichtig verfahren werden. Verfasser hat nun bei Kaninchen die Versuche wieder aufgenommen, indem er sie mit minimalen Dosen fütterte; die ihnen gereichten Brötchen wurden mit Thalliumacetat (1 : 2000) getränkt. Auf 3—5 Tage der Giftfütterung folgte immer eine fünftägige Pause. Auf diese Weise erzielte er auch bei Kaninchen mit ziemlicher Regelmäßigkeit einen Haarausfall, und zwar stets am Rücken, bald als diffuse Lichtung des Haarkleides, bald in Gestalt kahler, rundlicher Herde. Der Ausfall pflegt vom Schwanzende zum Kopfe vorzuschreiten und kann auch auf die Schädelhaut sich erstrecken. Er beginnt 2—3 Wochen nach Einleiten der Giftfütterung. Die Haare wachsen nach Aussetzen derselben wieder, aber auch bei fortgesetzter Darreichung werden die kahl gewordenen Stellen wieder behaart, während neue Stellen ergriffen werden. Ob der Haarausfall auf nervöse Störungen zurückzuführen ist, bleibt dahingestellt. Eine praktische Verwertung dürfte das Mittel nicht finden, da die Wirkung eine zu wenig zu lokalisierende und zu wenig dauernde ist.

Albargin, ein neues Antigonorrhoicum, von Chrzelitzer. Die neue Silbereiweißverbindung Albargin hat sich dem Verfasser in vielen Fällen sehr gut bewährt, nicht in allen. Es scheint ihm eine größere Tiefenwirkung zu haben. Albargin ist ein schwach gelb gefärbtes, in Wasser leicht lösliches Pulver von 15% Silbergehalt, das nicht teuer ist und auch in Tabletten à 0,2 geliefert wird. Eine 0,2—1%ige Lösung kann verwendet werden, dieselbe reizt nicht. Verfasser wünscht nur mindestens 15 ccm haltende Spritzen verwertet.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Monatsberichte für Urologie.
Band IV, Heft 10.

Zur Kenntnis und chirurgischen Behandlung der angeborenen Harnleiteranomalien, von S. Groselik. Die Entwickelungsfehler der Ureteren können in drei Gruppen eingeteilt werden: 1. Kann der Ureter an der normalen Stelle des Lieutaudschen Dreiecks mittels abnorm enger Mündung oder aber blind unter der Blasenschleimhaut enden, wobei er nur die Muskularis der Blase durchbohrt; 2. mündet der Harnleiter in den hinteren Urethralabschnitt in der Gegend des Samenhügels oder kommuniziert unmittelbar mit den Samenwegen, mit dem Ductus ejaculatorius, dem Samenleiter und den Samenbläschen; 3. mündet der untere Abschnitt des Ureters in die Harnröhre des Weibes, die Scheide oder die Vulva. Verfasser beschreibt eingehend die klinischen Merkmale und die chirurgische Behandlung dieser Fälle, soweit sie notwendig und möglich ist. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Bücherbesprechungen.

Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen, umfassend Bakterien, Pilze und Protozoen, herausgegeben von P. von Baumgarten und F. Tangl. XV. Jahrg. 1899. II. Abteilung. (S. Hirzel, Leipzig 1901.) Die Baumgartenschen Jahresberichte sind in ihrer Bedeutung so bekannt und geschätzt, daſs ein einfacher Hinweis auf einen neu erschienenen Band genügt, um die zahlreichen Interessenten zum Studium desselben anzuregen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Bemerkungen über die Bedeutung eines systematischen Studiums des Skleroms (aus d. III. med. Universitätsklinik von Hofr. Prof. L. v. Schrötter in Wien), von Dr. phil. u. med. Herm. von Schrötter. (G. Fischer, Jena 1901.) Auf Grund eigener Erfahrungen und eines eifrigen Litteraturstudiums — die 176 Arbeiten umfassende Skleromlitteratur ist anhangsweise beigefügt — kommt Verfasser in diesem Büchlein zu dem Schlusse, daſs die Skleromerkrankung viel mehr Beachtung verdiene, als es bisher der Fall gewesen sei. Das Sklerom ist ein über fast ganz Europa, wenn auch vielfach nur sporadisch verbreitetes, Übel; es giebt jedoch ohne Zweifel Gebiete — Galizien, die südlichen und westlichen Teile von Polen —, welche durch besonders disponierende, allerdings noch nicht festgestellte, Umstände konstant ein reiches Kontingent der Erkrankung liefern. Aus den angeführten Beispielen geht weiterhin hervor, daſs nicht bloſs für Wien, sondern auch für andere Groſsstädte die Gefahr einer Verschleppung und Weiterverbreitung der Krankheit gegeben ist; es wird daraus also eine Frage von sozialem Interesse. Erwiesen ist, daſs die Krankheit namentlich in den Thälern groſser Flussläufe, sowie in den Ebenen und vorwiegend bei der slavischen Rasse vorkommt. Sie kann nicht bloſs Personen im mittleren Lebensalter, sondern auch Kinder befallen, wie einzelne Beobachtungen lehren. Bezüglich des Geschlechts scheint keine Prädilektion zu bestehen, zweifellos ist aber, daſs es sich immer um arme, wenn nicht ärmste Leute handelt und noch kein wohlhabender Skleromkranker zur Beobachtung kam. Die weitaus dominierende Erkrankungsform ist das Sklerom der Schleimhaut (Nase, Rachen, Kehlkopf), während die auf die äuſsere Nase beschränkte Form in geringerer Zahl vorkommt; primär soll es sich

sogar stets um eine Schleimhautinfektion handeln. Die Zahl der bisher behandelten Fälle schätzt v. Schr. auf ca. 450, es scheint die Krankheit fortwährend an Ausdehnung zuzunehmen; Verfasser plädiert daher für eine sanitätspolizeiliche Überwachung der betroffenen Familien und Individuen, sowie Einführung des Skleroms in die obligatorische, staatliche Statistik der Infektionskrankheiten und des Sanitätsberichtes der grofsen Städte. Dafür spricht das Vorkommen der Erkrankung bei Geschwistern, ihr mehrfaches Auftreten an einem Orte, auch drückt v. Schr. schliefslich die Überzeugung aus, dafs wir es trotz bis heute noch nicht gelungener Tierversuche dabei mit einer bakteritischen Infektionskrankheit zu thun haben.

Stern-München.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Lokale Infektionskrankheiten.

a. *der Oberhaut.*

Behandlung der Pustula maligna mit Ichthyol, von B. Joffé. (*Ärztl. Prax.* 1901. No. 14.) Der Verfasser berichtet über seine Erfahrungen in der Behandlung der Pustula maligna, die er als Arzt im russischen Gouvernement Tauris gesammelt hat. Es ist ihm gelungen, in allen Fällen der „sibirischen Pest", wie das Leiden dort genannt wird, abortive Heilung zu erreichen. Nach Entfernung der Krusten brennt er die ulcerierende Fläche aus und giebt Verbände von 1 : 1000 Sublimat darüber. Karbol injizierte er nur einmal in 3%iger Lösung neben den erwähnten Manipulationen, stand aber wegen der Schmerzhaftigkeit dieses Verfahrens in der Folge davon ab. Die Schmerzen beim Ausbrennen sind geringer, ihr Auftreten zeigt den Eintritt des Glühstifts ins gesunde Gewebe an. Später verwandte Joffé Ichthyol mit noch eklatanterem Erfolge als beim Sublimat. Die Lösung, mit der ein Umschlag getränkt wird, besteht aus Ichthyolglycerin 1 : 8. Der Verband wird nur 2—3 Tage angewendet und 1—2 mal pro die erneuert. Es bildet sich darunter eine trockene Kruste, nach deren Abfallen man zu Borsalbe von 2% greift. Auf diese Weise heilte Verfasser in einem Jahre 14 Fälle, zum Teil hoffnungslose. Zur Erläuterung läfst er einige Krankengeschichten folgen, die allerdings über die spezifische Wirkung des Ichthyols in Verbindung mit dem Ausglühen vielversprechende Aufschlüsse geben. Den Hauptanteil an der Wirkung schreibt Verfasser dem Ichthyol zu, denn unter der Sublimattherapie gingen die oft bedrohlichen Schwellungen nur langsam zurück. Seit der Anwendung des Ammonium sulfoichthyolicum bedarf es auch niemals mehr wiederholter Ausbrennungen. Auch spricht für die spezifische Wirkung des Ichthyols, dafs bei Verwendung schwächerer Lösungen neben Ausglühen die Heilung viel langsamer eintrat. Die restierende Narbe ist nicht gröfser als sie die heilende Pustel selbst auf jeden Fall zurücklassen würde. Gegenüber den Karbolinjektionen, die Stausell bis zu 400 zu 3% binnen 18 Tagen, also fast zu 79 pro Tag steigerte, führt Joffé das Ausbrennen als gefahrlos an, weil keinerlei Intoxikation denkbar sei.

Hopf-Dresden.

Syphilis.

Methoden der Verabreichung von Merkur bei Syphilis, von WOLLENMANN. (*Frauenarzt.* 21. Dez. 1900.) Verfasser verwirft die Fumigation, Bäder und Quecksilberpflaster als obsolet und giebt in tabellarischer Übersicht die Anwendungsweise und den Nutzen der drei gebräuchlichen Anwendungsformen: die interne Verabreichung per os, die Inunktionskur, die hypodermatische Injektion.

F. Hahn-Bremen.

Die Quecksilberinjektionen bei der Behandlung der Syphilis, von A. GUÉRIN. *Journ. de méd. de Bordeaux.* 1901. No. 4 u. 5.) Zusammenfassende Darstellung der Behandlung der Syphilis mit Quecksilberinjektionen. *Götz-München.*

Intramuskuläre Quecksilberinjektionen bei Syphilis, von F. J. POETER. (*Brit. med. Journ.* 28. April 1900.) Verfasser hat mit Erfolg die Quecksilberinjektionen nach Major LAMBKINS Vorschrift angewendet:

℞ *Hydrarg.* } = 3,75
Lanolin }
2%iges Karbolöl 7,5.

Hiervon wird aus einer 1 g haltigen Spritze der vierte Teil tief in die Muskeln des Gesäfses, möglichst oben, nahe dem Rande des Os ilei eingespritzt. Die Injektion wird wöchentlich einmal bis zum Eintritt von Stomatitiserscheinungen, namentlich am Zahnfleisch wiederholt und dann für einige Zeit ausgesetzt. *C. Berliner-Aachen.*

Die Behandlung der Syphilis mittels der WELANDERschen Quecksilbersäckchen, von J. GSCHWEND. (*Wien. med. Blätter.* 1900. No. 13.) Verfasser machte Nachprüfungen mit der WELANDERschen Methode und dies hauptsächlich vom praktischen Standpunkte. Es wurden 46 Lueskranke ohne Auswahl, wie sie sich eben zur Aufnahme präsentierten, dieser Behandlung unterzogen. Aber bereits in den ersten Tagen machte Verfasser die Wahrnehmung, dafs das Quecksilbersäckchen für die Salbe durchlässig geworden ist und sah, dafs an der Stelle des Säckchens, wo makulöse und papulöse Exantheme sich vorfanden, dieselben daselbst früher verschwanden, was wohl zu der Auffassung ermutigte, dafs die Behandlung mittels der WELANDERschen Säckchen keine reine Inhalationsmethode sein könne. Verfasser modifizierte nun das WELANDERsche Säckchen. Zu diesem Zwecke liefs er ein sämtliche Dimensionen des Säckchens um 4 cm überragendes, mit einer ebenso grofsen Schicht Tafelwatte belegtes Stück impermeablen Billrothbatist an das WELANDERsche Säckchen annähen und dem Patienten so applizieren, dafs unmittelbar auf der Brust die Tafelwatte, darüber der Billrothbattist und zuletzt das mit Quecksilbersalbe bestrichene Säckchen zu liegen kam. Durch den Billrothbatist glaubte er jede lokale Wirkung auszuschliefsen und mittels der Watte eine allfällig durch den Billrothbatist entstehende lokale Reizung zu verhindern. Mit dieser modifizierten Methode wurden nun 16 Fälle behandelt. Verfasser ist mit den erzielten Resultaten im allgemeinen sehr zufrieden. Bezüglich der Wirkungsweise der Quecksilbersäckchen ergab sich das Resultat, dafs bis zum Verschwinden des Exanthems mittels der WELANDERschen Methode durchschnittlich 14 Säckchen und mittels der modifizierten Behandlung 15 Säckchen notwendig waren, während er z. B. bei einer Zusammenstellung von 50 beliebigen Krankengeschichten des Jahres 1898 aus der Grazer dermatologischen Klinik gefunden, dafs diesbezüglich 16 Einreibungen erforderlich waren. Wenn nun auch die Behandlung mit dieser Methode eine sehr einfache ist und der therapeutische Effekt sowohl bei frisch infizierten als auch bei Kranken mit Recidivformen den Ein-

reibungskuren ähnlich sichere und rasche ist, so waren doch unangenehme Nebenwirkungen und Nachteile zu beobachten. In erster Hinsicht war bei einem Falle Darmkatarrh und in 27 Fällen Stomatitis, mit zum Teil sehr starker Salivation begleitet, zu beobachten. In zweiter Hinsicht waren 20% Recidive zu bemerken, welche wegen ihrer Raschheit, mit der sie aufgetreten sind, auffallend waren. Zwei Recidive traten schon acht Tage nach Entlassung aus der Spitalbehandlung auf, zwei andere nach 14 Tagen, drei nach 3—4 Wochen, zwei nach sechs Wochen und die übrigen nach 2—3½ Monaten. Von diesem raschen Rezidivieren möchte Verfasser darauf schliefsen, dafs die Quecksilberremanenz in diesen Fällen nur unbedeutend gewesen sein kann und dies nicht so sehr auf die nicht genügend hinreichende Quecksilberabsorption als vielmehr auf die rasche Eliminierung des Quecksilbers zurückzuführen wäre. *A. Alpár-Alexandria.*

Die Behandlung der Syphilis mit Nitriten, von Will. Browning-Brooklyn. (*Med. News.* 29. Dez. 1900.) Petrone in Neapel war der erste, welcher (im J. 1896) die Anwendung von salpetrigen Salzen auf subcutanem Wege gegen Syphilis empfahl und zwar in der Annahme, dafs das Mittel direkt auf den Krankheitsprozefs wirke. Br. hingegen griff zu dieser Methode, weil die Syphilis eine ausgesprochene Tendenz hat, die Arterien in Mitleidenschaft zu ziehen und durch organische Veränderungen oder Gefäfsspasmus deren Lumen zu verengern; diesen Folgen, wenigstens symptomatisch, entgegenzutreten, schienen die sogenannten Vasodilatatoren und von diesen in erster Linie die Nitrite am besten geeignet. Dieselben sind daher bei allen syphilitischen Erkrankungen der Arterien, bei allen syphilitischen Gehirnerkrankungen und speziell bei der späteren und hereditären Form von Nervensyphilis (Gehirn-, Rückenmark, periphere Nerven) indiziert. Gewisse, unangenehme Nebenwirkungen der Nitritdarreichung sind Gefühl des Drucks an der Stirn, der Völle im Kopf und selbst Kopfschmerzen, spezielle Magenbeschwerden, die oft unerträglich werden (Zersetzung der Nitrite im Magen) und nur beim Nitroglycerin nicht vorkommen. Letzteres sollte daher bei längerem Gebrauche vorgezogen, das Natrium nitricum kann für den Anfang auf kurze Zeit, ferner auch das Erythrolpräparat verwandt werden. Das Desideratum für die Praxis wäre ein gefäfserweiterndes Mittel, welches wenigstens so langsam und ausgedehnt wirken würde, wie das Erythroltetranitrat und so frei von Magenstörungen wäre wie das Nitroglycerin; B. hofft, dafs die Chemie ein derartiges Präparat finden wird. Auch die Art der Verabreichung ist von Wichtigkeit, wegen der Notwendigkeit lange fortgesetzten Gebrauches, welcher eine Hauptbedingung für den Erfolg ist, kommt nur die Darreichung per os in Betracht und für das Natriumsalz die wässerige Lösung, für das (?) Zuckerpräparat (?) die Tablettenform. Die früheste und gröfste Erfahrung mit den Nitriten hat B. bei syphilitischer Erkrankung der Hirnarterien; bei Gumma des Gehirns oder Rückenmarks sind sie ein Hilfsmittel, um die Wirkung von Hg und J zu der gewünscht raschen zu gestalten. *Stern-München.*

Die Behandlung der Syphilis in Hot Springs, von James T. Jelks-Hot Springs. (*Med. News.* 26. Jan. 1901.) In Hot Springs, dem Aachen Nordamerikas, werden aufser den hygienisch günstigen Bedingungen, wie sie jedem Badeorte zukommen, die Syphiliskuren aufserordentlich günstig durch die Bäder und das Trinken des heifsen Mineralwassers beeinflufst; dasselbe wirkt mächtig eliminierend auf totes und verbrauchtes Material und erregt dadurch in hohem Grade die Gewebeumbildung an. Über die nähere Zusammensetzung dieser heifsen Quellen macht J. keine Angaben. Infolge der raschen Eliminierung der Medikamente (Quecksilber und Jod) durch das Trinken und Baden in diesen Wässern kann man viel gröfsere Dosen derselben geben,

als gewöhnlich von den Patienten zu Hause ertragen werden. 3—6 g Jodkalium pro Tag werden leicht ertragen, bei drohender gummöser Erkrankung des Auges, des harten und weichen Gaumens, von Gehirn und Rückenmark zögert J. nicht, bis auf 60 g Jodkalium (!) pro Tag zu gehen, allerdings nur in Ausnahmefällen. Im übrigen rät er zu strenger Individualisierung sowohl bezüglich der Jod- wie der Hg-Darreichung und zögert auch bei letzterer nicht, im Notfalle 10 g und mehr täglich einzureiben, immer der Wirkung des Mittels auf die roten Blutkörperchen (Vermehrung derselben) eingedenk. Unter dem Einflusse der Bäder und der spezifischen Mittel verschwinden die Sekundär- (Haut-) Erscheinungen außerordentlich rasch, in der Zeit von zehn Tagen bis sechs Wochen, die Patienten nehmen an allgemeinem Wohlbefinden, Appetit, Körpergewicht (von 10—30 Pfund) auffallend zu. Solche Erfolge, meint J., kann man unter den gewöhnlichen Verhältnissen zu Hause nicht erzielen.

Stern-München.

Verschiedenes.

Natur und Behandlung der Leukoplakia buccalis, von Paul Combalat-Vichy. *(Journ. d. pratic.* 1901 No. 24.) Nach einer ausführlichen Beschreibung der Leukoplakia buccalis kommt der Verfasser auf die Ätiologie dieser Affektion, insbesondere ihre Beziehungen zur Syphilis zu sprechen. Nach seiner Überzeugung ist die Leukoplakia des Mundes trotz ihres häufigen Vorkommens bei Luetikern keine syphilitische Affektion, wie sie ja auch durch antisyphilitische Kuren nicht oder höchstens ungünstig beeinflußt wird. Die Syphilis schafft nur gleich Traumen oder oft wiederholten Reizen eine Prädisposition für die Entstehung der Leukoplakia, die eine selbständige Krankheit darstellt. In noch höherem Grade als die Syphilis prädisponiert zum Auftreten der Leukoplakia das Bestehen von Stoffwechselerkrankungen und selbst die angeborene oder erworbene Anlage zu solchen. Die Beziehungen zwischen Stoffwechselerkrankungen und Leukoplakie des Mundes sind so eng, daß bestehende Plaques bei normalem Stoffwechsel und normaler Funktion der Verdauungsorgane sehr oft eine Neigung zum Zurückgehen zeigen, während sie bei jedem Diätfehler eine Verschlimmerung erkennen lassen. Was die Entstehung von Carcinomen aus den Plaques betrifft, so ist die Gefahr nicht so groß, wie sie häufig dargestellt wird; immerhin kommt es bei einem Viertel aller Fälle zur malignen Neubildung. Die Therapie hat in erster Linie die Aufgabe, jegliche Störung von Seiten des Magendarmkanals hintanzuhalten und bestehende Stoffwechselerkrankungen festzustellen und in der sorgfältigsten Weise zu behandeln. Die von dem Verfasser geschilderte lokale Behandlung ist die allgemein bekannte und übliche. *Götz-München.*

Skorbut, Morbus Addison und Sklerodermie, von Hans Haenel. (*Wien. klin. Rundsch.* 1901. No. 35.) Der kasuistische Beitrag betrifft einen 47jährigen Patienten der folgendes Bild bot. Die Hautfarbe war auffallend dunkel, graubraun; die Haut im Gesicht und an den Händen deutlich verdünnt, glänzend, ungleichmäßig pigmentiert. Die Endphalangen der beiden Zeigefinger sahen einem beginnenden glossy skin ähnlich. Auffallend schwarz waren Brustwarzen und Genitalien: Die Unterschenkel glänzend rotbraun, die Haut überall fest auf der Unterlage fixiert, weder verschiebbar, noch abhebbar; keine größeren Blutextravate. Oberschenkel

ganz normal. Auf der normalen Wangen- und Lippenschleimhaut graubraune Pigmentflecken sichtbar. Zahnfleisch aufgelockert, blau-cyanotisch, leicht blutend, mit foetidem Belag bedeckt. Das Befinden des Patienten besserte sich allmählich; eine plötzlich eintretende Herzschwäche und Pleuritis brachte in die Besserung eine Verzögerung. Der Kranke bot also ein Gemisch von Skorbut, Morbus Addison und Sklerodermie, deren gemeinsame Basis nicht festzustellen war. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Frage der merkurialen Angina, von Glawsche. (*Russ. Arch. f. Pathol. etc.* 1900. S. 147.) Verfasser berichtet über drei eigene Beobachtungen von merkurialer Angina bei Fehlen sonstiger Hg-Erscheinungen. Wenn auch die Rachenveränderungen sich nicht wesentlich von syphilitischen unterschieden, so sprachen doch das Vorhandensein von Hg im Urin, die lange Konstanz dieser Veränderungen ohne Tendenz zum Tiefergreifen und das Schwinden derselben bei Aussetzen der Hg-Behandlung für eine merkurielle Erscheinung. Es bestätigen somit diese Fälle die Existenz der von Schumacher, Sommerbrodt, Schuster, Fournier und zuletzt von Lanz beschriebenen isolierten merkuriellen Veränderungen des Rachens.
Arth. Jordan-Moskau.

Die Anomalien und Krankheiten der Haut in ihrer Bedeutung für die Lebensversicherung, von P. Grosse. (*Wien. med. Wochenschr.* 1901. No. 41.) Für die Diagnose innerer Leiden sind wichtig: 1. Veränderungen der Hautfarbe, 2. Veränderungen in dem Feuchtigkeitsgehalt der Haut, 3. Ödem der Haut, 4. Emphysem der Haut. Verfasser bespricht kurz die in Frage kommenden Anomalien, und knüpft noch die Erwähnung von Hautblutungen, Chloasmen, Narben daran. Besonders hervorgehoben werden dann noch die Syphilisreminiscenzen, darunter das Leucoderma syphiliticum und die breiten Kondylome. Für die Prognose der Lebensdauer sind direkt, weil tötlich endend, von Bedeutung: Pellagra, Pemphigus foliaceus, Impetigo herpetiformis, Pityriasis rubra, Sklerodermie (doch nicht jede? d. Ref.). Indirekt von Bedeutung sind viele Hautleiden, die als Folge innerer Leiden auftreten: Urticaria, Erythema nodosum, Ekzeme, Acne rosacea, Furunkulosis, Pruritus. Dieses alles und manches andere wird vom Verfasser kurz gestreift. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXXIII. No. 12. 15. Dezember 1901.

Ein Fall von Mykosis fungoides.

Von

Dr. E. Sonnenberg.

Vortrag, gehalten den 7. Februar 1900 in der Gesellschaft der Ärzte in Lodz, mit Krankendemonstration.

Mit 2 Abbildungen im Text.

Der Fall, den ich an dieser Stelle in möglichster Kürze zu beschreiben die Absicht habe, betrifft eine 40jährige Frau (Marie K.), aus der Nachbarstadt Zgierz. Die Patientin ist mittelgroſs, kräftig und normal gebaut. Mit Ausnahme der hier uns interessierenden Veränderung der Haut ist von seiten der anderen Organe nichts abnormes zu konstatieren. In anamnestischer Beziehung ist folgendes zu erheben: Die Kranke stammt von gesunden Eltern und einer Familie, in der niemand an Hautaffektionen gelitten hatte. Sie behauptet nie eine schwere Krankheit durchgemacht zu haben; besonders werden vorhergängige andere Krankheiten der Haut verneint. Seit 20 Jahren ist sie verheiratet, aber war nie schwanger. Den Beginn der jetzigen Affektion führt die Kranke auf das Jahr 1897 zurück. Wie sie erklärt, bildeten sich anfangs auf verschiedenen Stellen des Körpers rote Flecke, die ein heftiges Jucken verursachten. Nach längerem Stehen verschwanden die besagten Flecke spontan auf einer Stelle, ohne die geringste Spur zurück zu lassen, und erschienen wieder auf einer anderen u. s. w. Mit einem Worte, es war ein stetiger Wechsel im Verschwinden und Auftauchen neuer Flecke zu beobachten.

Nach dieser kurzen Besprechung gehe ich zur Beschreibung des Krankheitszustandes über, den ich am 21. August 1899 fand, als die Patientin bei mir zum ersten Male erschien. Die Untersuchung ergab:

Die Affektion umfaſst einen groſsen Teil der Körperoberfläche; hauptsächlich okkupiert sie von hinten den Rücken, die Lumbalgegenden, die Kreuzbeingegend, die Seitenflächen des Thorax und geht von der linken Seite vorne und aufwärts bis zu der Brustwarze; unten und vorne erstreckt sie sich bis zur Linea alba. An der rechten Seite reichen die befallenen

Hautpartien bis zu der Leiste; von hier dehnen sie sich auf die Glutäen und auf die Aussenseite des Oberschenkels, nämlich bis an dessen mittleres Drittel aus.

Die besagte Erkrankung zeichnet sich durch einen polymorphen Charakter des Symptomenbildes aus.

Unter den Hautveränderungen unterscheiden wir zuvörderst zahlreiche, beschränkte, scharf von der gesunden Umgebung der Haut abgegrenzte, mit Schuppen bedeckte, plaqueähnliche Herde, die eine dunkelrote Färbung aufweisen. Die Haut mehrerer der erwähnten Herde ist verdickt und stellt Lichenifikationen im Brocqschem Sinne dar. Manche Schuppen sind schmutzig-grau. Alle besagten Stellen jucken stark. Die Gröfse und die Gestalt dieser plaqueähnlichen Stellen sind verschieden. Die gröfste der verdickten Partien befindet sich an der linken Lumbalgegend; sie ist von ovaler Form und hat 11 cm in der Länge und 7 cm in der Breite; sie unterscheidet sich durch eine schmutzigere graue Farbe und gröfsere Schuppenbildung. Andere Flecke sind bedeutend kleiner und auch von ovaler Gestalt. Einzelne der verdickten Teile stellen sich aber anders dar. Sie zeigen eine unregelmäfsig kreisrunde oder ringförmige Anordnung. Die Mittelpartie des infiltrierten Fleckes ist mehr blafs, die Haut dünner, die Abschilferung der Epidermis geringer, indem die Partien auf der Peripherie röter und infiltrierter sind und die Gestalt eines leicht erhabenen Walles bilden. An zwei Stellen hat der genannte Wall die Form eines Hufeisens und besteht aus aggregierten, erbsengrofsen, in der Haut sitzenden, mit dem Finger tastbaren, mäfsig über das Niveau emporgewölbten, derben Knötchen. Kreisförmige und ringförmige Hautelevationen finden wir bei der Patientin an der vorderen linken Achselhöhlenfalte, auf der linken Brustwarze, zwischen beiden Schlüsselbeinen und hinter dem linken Ohre. Auf der Brustwarze bilden sie geschlängelte, leicht erhabene Geschwulstwälle.

Als Vervollständigung meiner Beschreibung füge ich noch hinzu, dafs im Mafse der Entfernung von der Wirbelsäule nach aufsen und unten die Quantität der geschilderten Hautaffektionen zunimmt. Im allgemeinen stehen die einzelnen Flecke isoliert und regellos disseminiert. Am dichtesten besät von den Efflorescenzen ist die rechte Lumbalgegend: die infiltrierten Hautstücke sitzen hier so nahe aneinander, dafs sie fast konfluieren und sich zu teils geschlossenen, teils halb offenen Kreisen vereinigen.

Eine andere Form der Hautveränderung, welche noch mehr ins Auge fällt, bildet Erhabenheiten in Gestalt von Neubildungen. Unsere Aufmerksamkeit erregt vor allem eine Geschwulst, die sich in der Nähe der Columna vertebralis, an der linken Seite und in Höhe des sechsten bis achten Brustwirbels befindet. Der Tumor zieht schräg nach unten und

aufsen und ist in seinem oberen Teile von der Wirbelsäule etwa drei Finger, im unteren vier Finger breit entfernt. Er ist von länglicher, irregulärer, nierenförmiger Gestalt. Der Rand, welcher der Wirbelsäule zugewendet ist, ist konvex, der äufsere Rand konkav. Der Längendurchmesser der Geschwulst hat 10 cm, die gröfste Breite mifst 6 cm. Die Gröfse des Tumors entspricht etwa der Faustgröfse eines erwachsenen Mannes. Er ist von den benachbarten Partien genau nicht abzugrenzen und verliert sich in der diffus infiltrierten Haut. Seine Farbe ist braunrot mit cyanotischer Nuance. Die Konsistenz der Geschwulst ist von ziemlich derber Beschaffenheit. Mit der Cutis verwachsen, läfst sie sich nicht in allen Richtungen, sondern nur von einer Seite nach der anderen ver-

Fig. 1.

Fig. 2.

schieben. Die Patientin beklagt sich über ein unangenehmes Spannungsgefühl in der Stelle, wo sich der Tumor befindet. Derselbe ist bei Berührung schmerzhaft.

Im mittleren Teile der Geschwulst finden wir einen Substanzverlust der Haut in Gestalt einer unregelmäfsigen, kraterförmigen Aushöhlung, mit wallartigen, unterminierten und harten Rändern. Es ist eine Ulceration des Tumors. Die ulcerierte Oberfläche ist mit gelbgraubraunen, vertrockneten, und fest am Boden des Geschwürs anhaftenden Krusten bedeckt. Nach Entfernung der Krusten kommt ein geröteter, unebener, leicht welliger, dem Längsverlaufe der Neubildung entsprechender Grund zum Vorschein.

Aufser der geschilderten Geschwulst finden wir bei der Patientin noch ein paar ähnlich aussehende. Eine Geschwulst sitzt auf der gegenüberliegenden Seite der Wirbelsäule etwa unterhalb der linken Spina scapulae. Sie ist taubeneigrofs, halbkugelförmig, verschiebbar, bei Betastung derb und auch dem Zerfallsprozesse erlegen. Die Geschwürsfläche ist ebenfalls mit eingetrockneten, grau-schmutzigen Eiterborken bedeckt. Bei Druck auf die Geschwulstbasis mit zwei Fingern sondert die geschwürige Oberfläche eine geringe Quantität klebrigen, fadenziehenden und blutigen Serums ab, das sehr schnell an der Luft vertrocknet.

Zwei andere geschwürig noch nicht zerfallene Tumoren befinden sich symmetrisch an den beiden Schultergegenden. Die rechte Geschwulst ist etwas kleiner, als die linke. Beide Geschwülste, die etwa 4 cm über das Hautniveau hervorragen, sind hemisphärisch, fühlen sich derb, resistent an; ihre Oberfläche ist uneben, höckrig und wulstig; sie sind beweglich und beim Berühren schmerzhaft.

Schliefslich nach aufsen und rückwärts von der linken Axillarlinie, über der zehnten Rippe, befinden sich drei längliche Prominenzen, welche zusammengelegten Fingern ähnlich sind. Die Konsistenz dieser Erhabenheiten ist weniger derb als die der oben geschilderten.

Aufser den elevierten, roten, plaqueähnlichen Herden und Tumoren findet sich auf der Haut der Patientin noch eine andere Form pathologischer Bildungen: es sind nämlich pigmentlose Flecke. Sie unterscheiden sich scharf von dem gelblichen Farbenton der umliegenden Haut. Die Gestalt der pigmentlosen Flecke ist scheibenförmig, oval oder unregelmäfsig. Ich habe etwa ein Dutzend solcher Flecke gezählt. Sie sind auf dem ganzen pathologisch veränderten Terrain zerstreut, hauptsächlich aber auf dem Rücken und auf den beiden Lumbalregionen. Die pigmentlosen Flecke ragen nicht über die Oberfläche der Haut empor; sie sind glatt und die Haut läfst sich in feine Falten erheben. Die genannten Flecke — wie es aus der Erzählung der Patientin hervorgeht — sind Reste früher daselbst vorhandener und spontan geschwundener Tumoren.

Alle oben geschilderten Hautläsionen sind auf dem okkupierten Terrain unregelmäfsig zerstreut: neben exquisit fungöser Form finden wir braunrote, oberflächlich schuppende, elevierte Stellen mit ekzematösem Aussehen, neben fleckenförmigen Efflorescenzen sehr weifse Hautstellen. Dieses nahe Beieinandersein so verschiedener cutaner Gebilde vergröfsert noch den Kontrast dieser polymorphen Efflorescenzen.

Wenn wir die angeführten Thatsachen des klinischen Krankheitsbildes summieren, so sehen wir, dafs der Befund der progressiven und regressiven Veränderungen sowie der einleitenden ekzematösen Erscheinungen uns zur Konklusion über die Natur des Leidens berechtigen. Es bleibt kein Zweifel, dafs wir in unserm Falle alle charakteristischen Eigenschaften

und Merkmale der verschiedenen Stadien jener seltenen Krankheit, die unter dem Namen Mykosis fungoides bekannt ist, vor uns haben.[1]

* * *

Die Kranke begab sich nach Breslau, wo sie acht Monate unter der Aufsicht anfangs des Dr. CHOTZEN und später des Prof. NEISSER gewesen ist. Während des Spital- und Klinikaufenthaltes hat man subcutane Arseninjektionen und diverse äufserliche Mittel versucht. Zuletzt wurden die Geschwülste exstirpiert.[2]

Mitte November 1900, drei Monate nach Zurückkunft der Patientin aus Breslau und elf Monate nachdem ich sie zum ersten Male untersucht hatte, kam sie wiederum zu mir.

Die in Breslau exstirpierten Tumoren sind bis jetzt nicht rezidiviert. Aber während dieses dreimonatlichen Zeitraumes entstanden Tumoren an anderen Stellen, und sogar in Gegenden, wie z. B. auf der Innenfläche des rechten Oberschenkels, welche vor einem Jahre noch nicht angegriffen waren. Besonders groſs ist eine Geschwulst in der rechten Mittelbauchgegend, zwischen Nabel, Rippenbogen und Spina ossis ilei ant. super. (Abbildung 2).[3] Die Geschwulst ist apfelsinengroſs, geschwürig zerfallen und hat alle Eigenschaften der oben geschilderten Geschwülste. Gleichzeitig hat sich der Ernährungszustand der Patientin verschlechtert. Sie klagt über Appetitmangel, Verdauungsstörung, Schlaflosigkeit, Schmerzen in den Gelenken und heftiges Jucken an den erkrankten Hautpartien. Die Schmerzen in den Gelenken sollen sich während jeder Menstruation steigern. In letzter Zeit hat sie an Körpergewicht abgenommen.

* * *

Gegenwärtig, während ich dieses schreibe, befindet sich die Kranke wieder in Breslau in der Abteilung des Prof. NEISSER.

---

[1] Die Seltenheit dieser Krankheit hat mich veranlafst, die Patientin mit deren Einwilligung photographieren zu lassen. (Siehe Abbildung 1; photographiert am 21. August 1899.)

[2] Die Patientin war einige Wochen im israelitischen Krankenhause.

[3] Das zweite Mal photographiert am 17. November 1900.

Aus der Abteilung für venerische Krankheiten des I. Stadthospitals zu Moskau.

Therapeutische Versuche mit Jodolen.

Von

Dr. Arth. Jordan.

Zu den verschiedenen Ersatzmitteln für das Jodkalium und Jodnatrium, welche in den letzten Jahren aufgekommen sind, gehört auch das Jodolen. Es ist von Dr. Laquer in Wiesbaden erfunden worden und wird von der Firma Kalle & Co. in Biebrich a. Rh. fabriziert. Letztere übersandte mir in liebenswürdiger Weise eine gröfsere Portion dieses Mittels zu Untersuchungszwecken, wofür ich der Firma meinen Dank ausspreche. Über das Resultat meiner Versuche soll diese Arbeit berichten. Das Jodolen ist ein gelbliches, fein verteiltes, in Wasser, Alkohol etc. nicht lösliches, geruch- und geschmackloses Pulver, welches durch eine Verbindung von Jodol mit Eiweifs gebildet wird. Es wird in zwei Arten hergestellt, nämlich als ein Jodolenum internum, welches 9—10% molekular gebundenes Jodol enthält und die Jodalkalien ersetzen soll und als ein Jodolenum externum mit 36% Gesamtjodol zur lokalen Anwendung an Stelle der Antiseptika. Bisher existierte letzteres Präparat allein, welches beiden Zwecken dienen sollte. Das unbefriedigende Ergebnis aber, zu dem Sommerfeld bei innerer Anwendung dieses Jodpräparates kam, scheint die Firma zur Herstellung eines schwächeren Jodolens speziell für inneren Gebrauch veranlafst zu haben, welches sie mir zur Prüfung übersandte. Sommerfelds[1] Urteil über das Jodolen lautete nämlich, dafs es bei innerlicher Anwendung nicht im stande sei, die Jodalkalien zu verdrängen, da ihm die sichere und prompte Wirkung jener fehle und da es gleich jenen Erscheinungen von Intoxikation und Jodismus hervorrufe; bei äufserlicher Anwendung dagegen bewährte es sich ihm als gutes reizloses Antiseptikum.

Da sich der Hauptvorwurf Sommerfelds gegen die aufgetretenen Erscheinungen von Jodvergiftung richtete, während er in therapeutischer Hinsicht einige sehr befriedigende Erfolge beobachtete, unternahm ich meine Versuche mit dem dreimal schwächeren Jodolenum internum voll Spannung. Es wäre in der That im höchsten Grade wünschenswert, wenn ein gutes Ersatzmittel für die Jodalkalien gefunden würde, da das Jod-

[1] Sommerfeld, Über ein neues Jodeiweifspräparat („Jodolen" Laquer) und seine therapeutische Verwendung. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1900. Bd. LII, S. 29.

kalium, wie das Jodnatrium häufig unangenehme Nebenerscheinungen hervorruft, ganz abgesehen von den glücklicherweise seltenen Fällen von Idiosynkrasie gegen dieselben, wo man in grofse Verlegenheit kommt. Jodipin und Jodalbacid sind wertvolle Bestrebungen nach dieser Richtung hin, doch leider ist das erstrebte Ziel durch sie noch lange nicht erreicht worden.

Meine Versuche mit dem Jodolenum internum stellte ich selbstverständlich nur an solchen Kranken an, bei denen ich im voraus auf eine günstige Jodwirkung schliefsen konnte, nämlich bei tertiärer Lues. Ehe ich aber auf den therapeutischen Wert desselben eingehe, mufs ich näheres über die Art der Aufnahme, wie über die tägliche Dosis des Jodolenum internum mitteilen. Dasselbe wurde von den Patienten in Pulvern zu 2 g, unabhängig von der Mahlzeit, zu bestimmten Stunden eingenommen, wobei die Aufnahme keine Schwierigkeiten machte, da das Jodolen geruch- und geschmacklos ist. Nur beklagen sich die Patienten im Anfange, dafs es sich schwer schlucken läfst, weil das Pulver so locker ist, dafs es die ganze Mundhöhle anfüllt. Bald aber gewöhnen sich die Kranken daran, es mit Wasser oder Milch hinunterzuspülen. Bei der Dosierung ging ich von derselben Ansicht aus, die auch in der Arbeit Welanders[1] über Jodkalium, Jodalbacid und Jodipin vertreten wird, dafs der Jodgehalt sicher dasjenige ist, was im Jodkalium, wie in den neuen Jodpräparaten Bedeutung hat. Da nun das Jodolenum internum 9—10% Jodol enthält, so ist der Jodkomponent ca. $^1/_8$—$^1/_7$ desjenigen im Jodkalium, welches 76,5% Jod in sich birgt. Dem entsprechend verordnete ich den Patienten, nachdem ich mich von der Ungefährlichkeit des Jodolenum internum überzeugt hatte, allmählich steigend täglich bis 6—10 Pulver von je 2 g. Auf diese Weise erhielten die Kranken ein wirksames Quantum Jod, nämlich täglich 1—2 g und gleichzeitig liefs sich auch am ehesten erkennen, ob das Jodolen Jodismus erzeugt oder nicht. Im allgemeinen wird dasselbe zwar gut vertragen, aber dennoch kommen auch beim neuen Jodolen zum innerlichen Gebrauch Erscheinungen von Jodismus vor. Gelegentlich beobachtete ich nämlich geringen Schnupfen oder leichte Konjunktivitis mit Ödem der Augenlider oder diese oder jene Verdauungsbeschwerde, wie Übelkeit, Druck in der Magengegend oder Durchfall. Freilich waren es immer Erscheinungen vorübergehender Natur, so dafs in keinem einzigen Fall dieses Medikament ganz aufgegeben werden mufste, sondern im Gegenteil alsbald Gewöhnung an dasselbe eintrat. Akne habe ich kein einziges Mal gesehen. Andererseits machte ich mehrfach mit dem Jodolenum internum die erfreuliche Beobachtung, dafs sich

[1] Welander, Über Jodkalium (Jodnatrium), Jodalbacid und Jodipin. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1901. Bd. LVII, S. 63.

beim Gebrauch desselben das Körpergewicht der Kranken hob, was natürlich auf den grofsen Eiweifsgehalt des Jodolenum internum zu beziehen ist. Um mich davon zu überzeugen, wie bald das Jod vom Organismus aufgenommen wird, stellte ich häufige Urinuntersuchungen an, wobei ich mich der rauchenden Salpetersäure, wie auch des Liq. ferri sesqui chlorati und des Chloroforms zur Ausschüttelung bediente. Erstere Reaktion erwies sich als die schärfere. Es zeigte sich dabei dasselbe, was schon SOMMERFELD[3] für das stärkere Jodolenum externum bei innerem Gebrauch gefunden hat, dafs das Jod etwas später als nach Jodkaliumgebrauch im Urin auftritt, nämlich nicht nach etwa 15 Minuten, sondern erst nach 2—3 Stunden. Während aber SOMMERFELD neben der langsameren Jodaufnahme auch eine protahiertere Jodausscheidung feststellte, liefsen meine Untersuchungen mit dem Jodolenum internum solches nicht erkennen. Später als 24 Stunden nach Einnahme des letzten Pulvers konnte ich nämlich kein Jod mehr im Harn nachweisen, wogegen SOMMERFELD bisweilen noch am fünften Tage solches fand. Hinsichtlich der Jodausscheidung unterscheidet sich daher das Jodolenum internum nicht wesentlich von den Jodalkalien. Bei lokaler Anwendung des Jodolenum externum kommt es nie zum Jodnachweis im Urin.

Was nun die therapeutischen Erfolge anbetrifft in den 14 Fällen, wo ich das Jodolenum internum anwandte, so waren dieselben recht befriedigende, wie folgende Beispiele zeigen:

Fall I. J. L., 16 Jahr alt, Schreiber, wurde am 28. Juni in das I. Stadthospital aufgenommen wegen Syphilis gummosa. (Ulcus perforatum septi narium. Ulcus perforans palati mollis. Cephalalgia.) Ord. 6 g Jodolenum internum täglich. Lokal nur Spülungen mit Borsäurelösung.

6. Juli. Die Ulcera beginnen sich zu reinigen. Patient giebt an drei Stühle täglich zu haben.

10. Juli. Die Ulcera haben sich völlig gereinigt. Patient hat nur noch eine Ausleerung am Tage. Ord. 8 g Jodolen täglich.

13. Juli. Patient hat gar keine Beschwerden durch das Jodolen. Die Geschwüre sind ganz rein, nur geht die Vernarbung langsam vor sich, infolge dessen Beizung mit Lapis.

17. Juli. Die Kopfschmerzen haben aufgehört. Das Ulcus des weichen Gaumens überhäutet sich. Ord. 10 g Jodolen.

24. Juli. Das Geschwür des weichen Gaumens hat sich geschlossen, das perforierte Ulcus der Nasenscheidewand zeigt vernarbte Ränder. Patient fühlt sich gut und verläfst das Hospital. Er hat im ganzen 194 g Jodolenum internum eingenommen.

---

[3] l. c.

Fall II. E. D., 24 Jahr alt, ohne Beschäftigung, Gravida, wurde am 5. Juli wegen ausgebreiteter gummöser Ulcerationen auf dem behaarten Kopf, der rechten Ohrmuschel und dem rechten Unterschenkel in das I. Stadthospital aufgenommen. Ord. 4 g Jodolenum internum täglich und äufserlich Jodolenum externum.

13. Juli. Die Geschwüre beginnen sich überall zu reinigen. Patientin verträgt das Jodolen gut, so dafs 6 g pro die ordiniert werden.

17. Juli. Die Ulcera auf dem Kopf und am rechten äufseren Ohr haben sich gereinigt und zeigen gute Granulationen. Das Beingeschwür eitert noch, beginnt aber auch schon zu granulieren. Es hat sich etwas Durchfall eingestellt, woher das Jodolenum internum der bevorstehenden Geburt wegen ausgesetzt wird. Behandlung nur lokal mit Jodolenum externum.

19. Juli. Geburt eines gesunden Kindes.

27. Juli. Das Wochenbett ist normal verlaufen. Alle Geschwüre zeigen gute Granulationen. Ord. 4 g Jodolenum internum.

30. Juli. Ord. 6 g Jodolenum internum.

3. Aug. „ 8 „ „ „

10. Aug. Das Ohrgeschwür ist vernarbt, das Kopfgeschwür ist bis auf eine kleine nässende Stelle verheilt, das ausgedehnte Beingeschwür hat sich mit Granulationen gefüllt, die aber sich noch nicht völlig in Narbengewebe umgewandelt haben. Patientin fühlt sich so gut, dafs sie nach Hause verlangt.

Sie hat 104 g Jodolenum internum eingenommen, aufserdem sind die Geschwüre mit Jodolenum externum bestreut worden.

Ähnlich wie in diesen beiden Fällen war der Verlauf auch bei allen übrigen Kranken, wo ich das Jodolenum internum anwandte, so dafs ich den Eindruck gewonnen habe, dafs es bei Hautgummen unter gleichzeitiger lokaler Behandlung derselben mit Jodolenum externum sich entschieden bewährt. Ebenso blieb auch der Erfolg nicht aus bei Patienten mit tertiären Schleimhautaffektionen des Rachens und der Nase, doch schien es mir in diesen Fällen träger zu wirken als das Jodkalium. Dagegen genügte es allein nicht bei Periostitis, jedoch trotzt diese in der Regel auch dem Jodkalium. Verschieden war die Wirkung des Jodolens auf den syphilitischen Kopfschmerz, bald besserte er sich prompt, bald blieb er unverändert.

Ein Mal habe ich das Jodolenum internum auch bei Syphilis maligna angewandt und verdient dieser Fall genauer beschrieben zu werden.

Fall III. Nic. M., 28 Jahr alt, Commis, wurde am 19. Februar d. J. in das I. Stadthospital aufgenommen mit Erscheinungen von Syphilis condyl. recidiva (Ekthyma und Angina pap.).

Nach Angabe des Patienten war bei ihm Anfang November v. J.

ein harter Schanker und Anfang Dezember ein Ausschlag aufgetreten. Die Behandlung hatte zuerst in Sublimatinjektionen, später in Einreibungen bestanden und war im Januar d. J. beendet worden. Nach kurzer Pause zeigten sich Geschwüre auf dem Körper, derentwegen er das Hospital aufsuchte. Jetzt gelang es aber weder durch Injektionen, noch durch Einreibungen, und auch nicht durch Jodkalium oder ZITTMANNS Dekokt eine Besserung zu erzielen. Es vernarbte wohl die eine oder andere Ekthymapustel, aber andere traten an ihre Stelle. Anfang Juli war der Zustand des Kranken ein recht miserabler, so dafs eine Syphilis maligna diagnostiziert werden mufste. Patient war stark abgemagert, anämisch und litt an heftigen, besonders nächtlichen Schmerzen im Kopf, in der rechten Hand und im linken Unterschenkel, welche ihm den Schlaf raubten. Objektiv liefsen sich unzählige Pusteln und erhabene Papeln auf dem Gesicht, der behaarten Kopfhaut und an den Ohrmuscheln beobachten, während sich auf dem Körper gröfsere oberflächliche gummöse Ulcerationen fanden. Der Rachen war rein.

11. Juli. Ord. 4 g Jodolenum internum täglich und auf die Pusteln Jodolenum externum.

Am 12. Juli wurde die tägliche Dosis des Jodolens, da Patient es vertrug, auf 6 g, am 13. auf 8 g und am 16. Juli auf 10 g erhöht.

Am 17. Juli, nach Einnahme von insgesamt 28 g Jodolenum internum, meldet Patient, dafs er die Nacht nach langer Zeit gut geschlafen habe, da die Schmerzen bedeutend nachgelassen hätten. Die Ulcerationen auf dem Körper sondern viel weniger Eiter ab.

Am 19. Juli wird die tägliche Jodolendosis auf 12 g erhöht. Die Ulcerationen beginnen zu heilen.

24. Juli. Alle Ulcerationen haben sich überhäutet; nur im Gesicht sieht man noch erhabene Papeln. Ord. lokal Jodolenvaselin (1 : 30).

31. Juli. Unter der Jodolensalbe sind die Papeln etwas flacher geworden. Es hat sich aber Schnupfen eingestellt.

7. Aug. Die Papeln verkleinern sich langsam. Das linke obere Lid ist geschwollen. Ord. 8 g Jodolenum internum anstatt 12 g.

9. Aug. Einige von den bereits vernarbten Geschwüren beginnen wieder zu zerfallen. Die Lidschwellung hat nachgelassen. Ord. kein Jodolenum internum, sondern Eisen.

23. Aug. Im Verlauf dieser 14 Tage sind so gut wie alle Ulcerationen wieder aufgebrochen und auch die rheumatischen Schmerzen haben sich wieder eingestellt. Von neuem wird Jodolen ordiniert, jedoch sofort 12 g, welche Dosis am 26. Aug. auf 16 g erhöht wird.

4. Sept. Patient verträgt dieses Mal das Jodolen sehr gut; weder Schnupfen, noch Konjunktivitis, noch Verdauungsbeschwerden sind aufgetreten. Er hat an Gewicht zugenommen. Die Ulcerationen haben sich

teilweise schon überhäutet, teilweise beginnen sie zu verheilen. Ord. 18 g Jodolenum internum.

11. Sept. Alle Ulcerationen sind verheilt; nur im Gesicht und an den Ohrmuscheln sieht man noch verhornte Papeln. Patient klagt aber wieder über Schmerzen in der rechten Hand und im linken Knie. Ord. 20 g Jodolenum internum, lokal Pinselung mit Jodtinktur.

16. Sept. Die Schmerzen haben nachgelassen, die Narben sind blasser geworden. Einzelne verhornte Papeln dauern noch fort. Patient fühlt sich sehr wohl, hat beträchtlich zugenommen. Die Verdauung ist in Ordnung. Leider mufs die weitere Jodolenbehandlung aufgegeben werden, weil mein Vorrat davon zu Ende gegangen ist. Patient hat das erste Mal 308 g, das zweite Mal 370 g, also im ganzen 678 g Jodolenum internum eingenommen. Ord. subcutane Arseninjektionen.

1. Okt. Das gute Allgemeinbefinden hält an, die alten Narben sind nicht wieder zerfallen, nur an den Rändern derselben sieht man hier und da kleine Knötchen sich entwickeln. Die rheumatischen Schmerzen sind unbedeutend.

Dieser Fall beansprucht in doppelter Hinsicht Interesse. Einmal sehen wir hier, bei einem fast hoffnungslosen Fall von Syphilis maligna, wo auch Jodkalium völlig versagte, unter dem Jodolenum internum eine ganz ausgesprochene Besserung eintreten, andererseits zeigte sich aber, dafs dieselbe nicht von langer Dauer war. Trotzdem ist diese Besserung aber für den Kranken von grofsem Wert gewesen, weil der neue Ausbruch der Krankheit viel leichter war und möglicherweise durch länger fortgesetzten Gebrauch des Jodolens hätte vermieden werden können.

Aus allen meinen, freilich nicht zahlreichen, Beobachtungen geht demnach hervor, dafs das Jodolenum internum sich bei tertiär-syphilitischen Affektionen und wie es scheint auch bei Syphilis maligna als wirksam erweist, jedoch nur bei Anwendung gröfserer täglicher Mengen, etwa 12—20 g. Unter solchen Umständen bleiben aber auch unter Jodolenum internum Erscheinungen von Jodismus nicht aus, wenngleich dieselben leichter und schneller vorübergehend sind als bei Gebrauch von Jodkalium oder Jodnatrium. Der Hauptwert des Jodolens gegenüber letzteren liegt darin, dafs es den Allgemeinzustand hebt. Insofern verspricht es mehr zu leisten, als das Jodolenum externum, bei welchem sich wenigstens in zwei Fällen, wo ich es innerlich anwandte, keine Zunahme des Körpergewichtes wahrnehmen liefs.

Aufserdem prüfte ich noch lokal das Jodolenum externum sowohl bei gummösen Ulcerationen, wie das schon erwähnt wurde, als auch bei nässenden Papeln und vor allem bei weichen Geschwüren. Es zeigte sich, dafs unter diesem völlig geruchlosen Streupulver, bei gleichzeitig ausgeführter allgemeiner Kur, sowohl die gummösen Geschwüre,

wie auch die nässenden Papeln sehr bald abtrocknen und verheilen. Unter den 25 Fällen von Ulcera mollia, wo ich das Jodolenum externum in Anwendung zog, gelang es mir in einem Drittel der Fälle allein mit demselben die Geschwüre zur Heilung zu bringen, jedoch dauerte es durchschnittlich 24 Tage. Hierbei beobachtete ich, dafs die Eiterung mehr oder weniger schnell nachliefs, aber dafs die Vernarbung nur langsam vor sich ging. In zwei Drittel der Fälle mufsten aber neben dem Jodolenum externum noch desinfizierende, heifse Gliedbäder oder Ätzungen mit konzentrierter Karbolsäure, Cupr. sulf. etc. vorgenommen werden. Im allgemeinen kam ich aber, gleich SOMMERFELD, zu der Überzeugung, dafs das Jodolenum externum ganz gut mit den verschiedenen, an Stelle des Jodoforms empfohlenen, Streupulvern konkurrieren kann.

Aus der Praxis.

Über die Behandlung der Ichthyosis.

Von

Dr. M. BOCKHART-Wiesbaden.

Es sind nur wenige Fälle von vollständiger Heilung der Ichthyosis bekannt geworden. Ich will deshalb in Kürze über die Geschichte eines Falles von Ichthyosis nitida berichten, in dem nach jahrelanger Behandlung dauernde Heilung eintrat.

Marie S. aus W. wurde im Jahre 1878 geboren. Sie stammt aus einer gesunden Familie, in der seit drei Generationen — soweit man es eruieren konnte — niemand an einer Hautkrankheit in spezie an Ichthyosis gelitten hatte. Die Patientin war bei ihrer Geburt gesund und kräftig. Bis zu ihrem vierten Lebensjahre hatte sie, wie ihre sorgsamen Eltern bestimmt wissen, nichts Krankhaftes an ihrer Haut. In ihrem vierten Lebensjahre entwickelte sich allmählich ein krankhafter Zustand fast der ganzen Körperoberfläche, der sich durch Trockenheit der Haut und durch Bildung eigentümlicher Hornhautschuppen äufserte und den der Hausarzt der Familie als Ichthyosis erkannte. Der Hausarzt, von der Unheilbarkeit dieser Krankheit überzeugt, ordnete keine andere Behandlung an, als zeitweilige Öleinreibungen und Seifenbäder. Unter dieser Behandlung verminderten sich die Symptome des Hautleidens und blieben vier Jahre lang ziemlich geringfügig, verschwanden aber nie ganz. Im Jahre 1886 jedoch verschlimmerte sich die Hauterkrankung bedeutend. Im Mai 1886 wurde

ich zur Konsultation zugezogen und übernahm dann auf Wunsch des Hausarztes die weitere Behandlung der Patientin. Ich fand damals, dafs die kleine Patientin an einer typischen und zwar recht schweren Form von Ichthyosis nitida litt. Mit Ausnahme des Kopfes und Gesichtes, der Gelenkbeugen, der Handteller und der Fufssohlen war die Haut des ganzen übrigen Körpers von der Krankheit betroffen. Die Hornschuppen waren am Hals graubraun, an den Streckseiten der Arme und Beine und am Bauch unterhalb des Nabels schmutziggrau gefärbt. Die Kopfhaare waren auffallend dünn und trocken. Das kranke Kind war grofs für sein Alter, aber sehr mager und anämisch und in seiner geistigen Entwickelung offenbar zurückgeblieben.

Ich war schon damals auf die von UNNA[1] seinerzeit entwickelten Gründe hin von der Heilbarkeit der Ichthyosis überzeugt und hatte aufserdem ein Jahr zuvor bei einem an dieser Krankheit leidenden Knaben mit der von UNNA empfohlenen Schwefelbehandlung eine erstaunliche Besserung erzielt. Ich schlug deshalb den Eltern der kleinen Patientin eine mehrjährige, konsequente Schwefelbehandlung vor, indem ich ihnen Heilung in Aussicht stellte. Die Eltern gingen bereitwillig auf diesen Vorschlag ein und führten meinen Heilplan energisch und konsequent aus. Die kleine Patientin wurde auf folgende Weise behandelt: Morgens bekam sie ein einfaches, warmes Bad mit Seifenwaschung; sogleich nach dem Bade, ferner mittags und abends wurde sie am ganzen Körper mit Schwefelsalbe (Sulfuris praecipitati 10, Adipis 200) eingerieben. Die Salbe wurde jedesmal kräftig eingerieben, gewissermafsen in die Haut hineinmassiert. Innerlich bekam die Patientin Leberthran; Folia jaborandi als Infus wurden versucht, aber nicht vertragen. Zweimal im Jahr bekam sie je sechs Wochen lang statt der einfachen warmen Bäder Salzbäder; anfangs Bäder von Wiesbadener Thermalwasser, später die, wie es schien, in diesem Falle noch besser wirkenden künstlichen Kreuznacher Bäder (Bäder mit Zusatz von Kreuznacher Mutterlauge oder Kreuznacher Badesalz). Auf diese Weise wurde das kranke Kind vom Mai 1886 bis zum Mai 1889 täglich und ohne Unterbrechung behandelt. Schon ein halbes Jahr nach Beginn der Behandlung schien die Haut der Patientin vollkommen gesund zu sein; gleichwohl wurde die Behandlung erst im Mai 1889 unterbrochen, da man jetzt erst annehmen konnte, dafs die Patientin vielleicht geheilt sei. Sie blieb auch drei Monate lang gesund. Aber im September 1889 stellte sich das gefürchtete Recidiv ein. Nun wurde die Schwefelbehandlung in derselben Weise wie vorher wieder aufgenommen und wiederum drei Jahre lang, bis zum September 1892, durchgeführt. Jetzt schien die

---

[1] UNNA, Aphorismen über Schwefeltherapie und Schwefelpräparate. *Monatsh. f. prakt. D.* 1882 u. 1888.

Patientin definitiv geheilt zu sein. Sie blieb sechs Monate lang gesund. Aber im März 1893 recidivierte die Krankheit noch einmal. Die Eltern verloren glücklicherweise die Geduld nicht, sondern sie fuhren fort, ihr krankes Kind noch drei Jahre lang mit Schwefelsalbe und Bädern weiter zu behandeln. Im März 1896 wurde mit der Behandlung zum dritten Male aufgehört. Seitdem ist die Patientin vollständig geheilt. Da bis heute — seit 5½ Jahren — kein Recidiv eingetreten ist, darf man annehmen, dafs sie dauernd geheilt ist. Ihre Haut ist heute vollkommen normal, jedoch ein wenig trocken; indefs nicht trockener, als die Haut vieler anderer gesunder Leute. Ihr Haupthaar ist dünn geblieben. Sie ist jetzt eine blühende junge Dame. Während der ganzen Zeit der Schwefelbehandlung hat sie sich wohl befunden. Mit der Heilung der Hautkrankheit hielt die günstige körperliche und geistige Entwickelung gleichen Schritt. Ihre wohlhabenden Eltern liefsen sie zu Hause unterrichten, da sie des Schwefelgeruches wegen die Schule nicht besuchen konnte. Mehrere Male im Verlaufe der letzten vier Jahre hat die Patientin wochenlang nicht gebadet, um die Dauerhaftigkeit der Heilung auf die Probe zu stellen. Aber es trat trotzdem keine Veränderung der Haut ein.

Das Interessante an dieser Krankengeschichte ist nicht sowohl der Umstand, dafs hier ein Fall von Ichthyosis geheilt wurde — denn definitive Heilungen dieser Krankheit durch akute Exantheme sind schon von Hebra[2] beschrieben worden —, als vielmehr die Art und Weise, wie diese Ichthyosis geheilt wurde. Es ist nämlich ganz klar, dafs die Heilung nur zu stande kam durch die bewunderungswürdige Energie und Konsequenz der Eltern, die mit der gröfsten Geduld und unter vielen Beschwerden ihr Kind fast zehn Jahre lang zu Hause mit einer übelriechenden Salbe behandelten.

Diese Krankengeschichte beweist die Richtigkeit von Unnas[3] Behauptung, die Ichthyosis sei eine heilbare Krankheit, wenn sie nur frühzeitig richtig behandelt wird. Die Geschichte dieser Ichthyosis-Patientin ist aber auch eine Illustration zu der beherzigenswerten Mahnung Unnas,[4] man möge die Ichthyosis nicht deshalb für angeboren und unheilbar erklären, weil sie hartnäckig und schwer heilbar ist. Eine infolgedessen absichtlich palliativ gehaltene Behandlung diene dann nur dazu, jenen bequemen Trugschlufs von der Unheilbarkeit zu unterstützen, während eine wirkliche Heilung durch monate- und jahrelangen Gebrauch von Schwefel, Resorcin und Salicylsäure allerdings weniger bequem, dafür aber desto lehrreicher sei.

---

[2] Hebra und Kaposi, Lehrbuch der Hautkrankheiten. II. Band. 1876.
[3] Unna l. c. und Histopathologie der Hautkrankheiten.
[4] Unna, Allgemeine Therapie der Hautkrankheiten. 1899. S. 780.

Leider hängt die Heilbarkeit der Ichthyosis nicht vom Arzte allein ab, sondern auch vom Patienten und seinen Eltern. Ich habe aufser in dem soeben beschriebenen Falle auch noch in mehreren anderen Fällen Heilung der an Ichthyosis leidenden Kinder durch Schwefelbehandlung versucht. Es ist mir jedoch bis jetzt nie mehr gelungen, einen solchen Patienten dauernd zu heilen. Doch das war nicht meine Schuld, sondern die Eltern keines der anderen Ichthyosis-Patienten wollten sich zu einer so lange dauernden und unbequemen Behandlungsweise verstehen, selbst nicht, wenn ich ihnen Heilung in sichere Aussicht stellte. Sobald durch die Schwefelbehandlung wesentliche Besserung erzielt war, hörten sie selbst mit der Behandlung auf. Sie begannen dann nach eigenem Gutdünken die Schwefelbehandlung wieder, wenn eine erhebliche Verschlimmerung des Zustandes ihrer Kinder eingetreten war. Die auf diese Weise behandelte Ichthyosis heilte natürlich nie. Übrigens verlor ich die meisten dieser Patienten nach einigen Jahren aus dem Auge, nachdem ihre Eltern eingesehen hatten, dafs sie auch ohne ärztlichen Beistand durch Schwefelsalben und Bäder in kurzer Zeit bedeutende Besserung des ichthyotischen Zustandes erreichen konnten. Bei einigen älteren Patienten mit schon lange bestehender Ichthyosis habe ich weder durch energische, langedauernde Schwefel- und Ichthyolbehandlung, noch durch jahrelang fortgesetzte Salicyl- und Naphtolbehandlung dauernde Heilung erzielen können. Offenbar ist die Ichthyosis nur dann heilbar, wenn sie frühzeitig behandelt wird.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

1901. Band 57, Heft 3.

I: **Experimentelle Beiträge zur Pathologie der glatten Muskulatur der Haut**, von C. Vignolo-Lutati (Bologna). Verfasser bespricht kurz die einschlägige Litteratur und teilt dann die Resultate seiner eigenen Untersuchungen über das Verhalten der glatten Hautmuskulatur bei Einwirkung verschiedener schädlicher Agentien mit. Als Versuchstiere wurden Katzen benutzt, weil bei diesen das System der glatten Hautmuskulatur sehr gut entwickelt ist.

Zur Färbung der glatten Hautmuskulatur bediente sich Verfasser der von Unna für diesen Zweck angegebenen Methoden, insbesondere der Säurefuchsin-Pikrinmethode.

Zur Doppelfärbung kamen verschiedene Methoden von Bizzozero, Unna u. a. zur Anwendung, so namentlich die Hämatein-Eosin- und die Orcein-Thioninmethode.

Die Untersuchungen erstreckten sich auf das Verhalten des glatten Hautmuskelsystems bei entzündlichen Prozessen und zwar in dreifacher Richtung: 1. auf die aktiven Erscheinungen, 2. auf die passiven (Degenerationen etc.) Erscheinungen an der glatten Hautmuskulatur, 3. auf die Läsionen, welche die Veränderungen der glatten Hautmuskulatur begleiten.

ad 1 erstreckten sich die Untersuchungen auf Entzündungen, hervorgerufen durch bakteritische, chemische, thermische und mechanische Reize; weiter auf die Intoxikationen durch chronische Inanition, Kampfer- und Pilokarpinvergiftung.

Der Verfasser beschreibt ausführlich den Gang seiner Tierexperimente und die bei denselben erhaltenen Befunde. Aus denselben läfst sich allgemein der Schluſs ziehen, dafs die glatten Muskeln bei den verschiedenen pathologischen Prozessen der Haut zumeist von den Veränderungen, welche vorerst die übrigen Gewebe betreffen, nicht verschont bleiben. Vor allem können Infiltrations- und Degenerationszustände, wie sie experimentell in der glatten Hautmuskulatur hervorgerufen und festgestellt wurden, auch unter verschiedenen pathologischen Verhältnissen in wichtigen und ausgedehnten Hautgebieten eintreten und bei dem engen anatomischen und funktionellen Zusammenhang zwischen dem elastischen Netze und dem glatten Muskelgewebe durchaus nicht gleichgültige Störungen in der Cirkulation und Sekretion und in der Temperaturregulierung der Haut bedingen.

II. Einige Worte über die Remanenz des Quecksilbers im menschlichen Körper, von E. Welander-Stockholm. Verfasser hatte Gelegenheit, an zwei letal verlaufenen Fällen von Syphilis Untersuchungen über die Remanenz des Quecksilbers im menschlichen Körper anzustellen und seine früheren diesbezüglichen Befunde zu ergänzen.

Der erste Fall betraf eine 20 Jahre alte Person mit einer seit sechs Monaten bestehenden Syphilis, die zur Zeit der Untersuchung cerebrale, syphilitische Erscheinungen aufwies und 38 Tage mit Hydrargyrumsäckchen behandelt worden war. Einen Tag nach Beendigung der Kur starb die Patientin an einer interkurrenten Krankheit.

Die Untersuchung ergab, dafs sich sowohl in der nicht ausgewässerten, wie in der teilweise und vollständig ausgewässerten Niere, ebenso in dem blutfarbigen Wasser, mehr oder weniger bedeutende Mengen Hydrargyrumkügelchen vorfanden.

In dem zweiten Falle, der eine 33jährige Frau mit schwerer tertiärer Syphilis betraf, waren zur Zeit des Exitus letalis 26 Tage seit Beendigung der nur 22 Tage dauernden Hg-Säckchenbehandlung verflossen. Auch hier ergab die Untersuchung, dafs Hg-Kügelchen nicht nur im Blute, sondern auch in den ausgewässerten Nierenteilen vorhanden waren. Dieses Ergebnis legte die Frage nahe, wo in der Niere sich dieses Quecksilber finde, ob es nicht möglich sei, dafs das Nierenepithel das Hg in sich aufnehme. Wenngleich viel dafür sprach, dafs das in der ausgewässerten Niere gefundene Quecksilber nicht dort abgelagert war, sondern dafs es sich auf dem Wege durch das Nierenepithel befand, so ist es Verfasser doch nicht geglückt, das Hg im Nierenepithel unter dem Mikroskope nachzuweisen, so dafs die Lösung dieser Frage noch weiteren Untersuchungen vorbehalten bleiben mufs.

In einem Nachtrage bemerkt Verfasser, dafs er in der letzten Zeit Gelegenheit hatte, die Remanenz des Quecksilbers bei zwei neugeborenen Kindern zu untersuchen. Das Ergebnis war hier im ganzen dasselbe, wie bei den vorerwähnten Fällen. Es fanden sich bedeutende Mengen von Hg-Kügelchen in der nicht ausgewässerten Niere, in der Leber, aber sehr wenige im Gehirn. Von besonderem Interesse wegen der Quecksilbereinatmung war der Befund in den Lungen. In den nicht ausgewässerten Lungenteilen befand sich Hg in bedeutender Menge, in den ausgewässerten dagegen fanden sich bei dem Kinde, das nicht geatmet hat, nur kleine vereinzelte Hg-

Kügelchen; bei dem Kinde aber, das mit Hg-Säckchen behandelt war und seit langer Zeit Hg eingeatmet hatte, wurden auch in den ausgewässerten Lungenteilen viele Hg-Kügelchen gefunden. Ob dies auf der Inhalation des Quecksilbers beruht, vermag Verfasser nicht zu sagen; diese Frage, wie auch diejenigen bezüglich der Verschiedenheit der Remanenz von Hg in verschiedenen Organen, ja nach der Verschiedenheit der angewendeten Behandlungsmethoden harren noch ihrer Lösung.

III. **Über Lichen simplex chronicus**, von B. Marcuse-Berlin. Verfasser bespricht unter eingehender kritischer Berücksichtigung der einschlägigen Litteratur die Symptomatologie, Ätiologie und Histologie des Lichen simplex chronicus und illustriert dann seine Ausführungen durch einen Krankheitsfall, der in Dr. O. Rosenthals Klinik zur Beobachtung gelangt war.

Es handelt sich um einen 18jährigen Schlosser, der seit seinem elften Jahre an einem juckenden, auf die Kniekehlen beschränkten Hautausschlage leidet. Blasenbildung und Nässen kam nie vor. Der Patient stammt aus gesunder Familie und ist selbst im übrigen gesund. Gegenwärtig sieht man in beiden Kniekehlen über handtellergroße verdickte, hyperpigmentierte, wenig scharf begrenzte, mit feinen Schüppchen bedeckte Plaques, an deren Rande einige distinkte, flache, matthellrote, wenig glänzende, knapp stecknadelkopfgroße, rundliche Knötchen ohne Beziehung zu den Lanugohaaren stehen. Man sieht außerdem in der Nachbarschaft die Anzeichen von Kratzeffekten in Form borkenbedeckter Erosionen, Pusteln und Furunkeln. Die Inguinaldrüsen waren beiderseits vergrößert.

In dem eben beschriebenen Falle wurde das klinische Bild des Lichen simplex chronicus circumscriptus durch die Kratzeffekte etwas verdunkelt. Erst nach Abheilen der letzteren wurde die Diagnose gesichert.

Verfasser beschreibt im folgenden weitere, mehr typische Fälle der Affektion, bei denen auch die histologische Untersuchung vorgenommen werden konnte. Die Befunde im Corium sind im ganzen wenig charakteristisch, man begegnet ihnen in gleicher Weise bei den verschiedensten chronischen Hautkrankheiten. Charakteristischer und mannigfaltiger sind dagegen die Veränderungen in der Epidermis. Die Cylinderzellenschicht zeigt hier eine Vermehrung der Karyomitosen und starke Hyperpigmentation. Das Pigment giebt den Zellen der Basalschicht ein bräunliches Kolorit. Die Stachelzellenschicht erscheint verbreitert, weniger durch Zunahme der Zahl der Elemente, als durch Vergrößerung der Zellen. Die Körnerschicht ist stellenweise erheblich verdickt. Die Hornschicht zeigt im ganzen Verdickung. Das Centrum einzelner Lichenknötchen ist durch Auflagerung einer massigen Hornschuppe eingesunken. Vakuolenbildung, wie interspinale Hohlräume fehlen.

Nimmt man noch hinzu, daß durch verschieden große Erhebungen des Epithels sich mannigfach gestaltete und zusammengesetzte Knötchen bilden, so muß man sagen, daß der Lichen simplex chronicus hinreichend charakteristische, histologische Merkmale aufweist, um als Krankheit sui generis angesehen zu werden.

IV. **Über Rhinophyma**, von F. B. Solger-Berlin. Verfasser bespricht unter Hinweis auf die ausführlicheren Litteraturangaben in Dohis Arbeit über das Rhinophym (vergl. Ref. in den *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 24, S. 316) einige neuere einschlägige Arbeiten und teilt dann das Resultat seiner eigenen Untersuchungen mit. Mit denselben wollte Verfasser in erster Linie feststellen, in welcher Weise sich die Talgdrüsen an der Geschwulstbildung beteiligen, ob sie lediglich hypertrophisch bezw. hyperplastisch sind, oder ob Veränderungen vorhanden sind, die für adenomartige Bildungen im Sinne Lassars sprechen.

Als Material dienten die knotenförmigen Auswüchse auf der Nase eines 48 Jahre

alten Mannes. Die Schnitte wurden mit Hämatoxylin oder Hämatoxylin-Eosin, Pikrokarmin, Weigertscher Elastinfärbung und Unnas polychromem Methylenblau gefärbt.

Verfasser konnte auf Grund dieser Untersuchungen die Angabe der meisten Autoren, dafs die Talgdrüsen beim Rhinophym hypertrophisch oder hyperplastisch verändert sind, bestätigen, indem die Drüsen sich von den normalen durch nichts, als durch erweiterte Ausführungsgänge und durch vergrößerte und vermehrte Lappenbildung unterschieden.

Die Frage, ob sich vielleicht irgend eine Ursache für die Volumzunahme der Drüsen ausfindig machen lassen könnte, beantwortet Verfasser in Übereinstimmung mit Dohis Ansichten dahin, dafs wahrscheinlich eine Angioneurose die Entstehung des Rhinophyms bedinge. Einen Zusammenhang zwischen Teleangiektasien und Talgdrüsenhyperplasie findet man auch bei anderen Hauterscheinungen. Barlow führt solche Fälle an. Verfasser hat bei einem Angiom der Rückenhaut als Nebenbefund hypertrophische Talgdrüsen gesehen. Naevusbildungen mit Teleangiektasien und sekundärer Hyperplasie der Talgdrüsen sind nicht so seltene Vorkommnisse.

V. **Polyneuritis mercurialis oder syphilitica?** von Arthur Strauss-Barmen. Ein 27jähriger Kaufmann, der sich gleichzeitig mit Blennorrhoe und Syphilis infiziert hatte, wurde vom Verfasser sieben Wochen post infectionem, als ein Roseolenexanthem zum Vorschein gekommen war, mit einer Injektionskur behandelt. Der Patient erhielt zweimal wöchentlich eine Injektion von 0,05 Hydrargyr. salicyl. einer 10%igen Lösung mit Paraffinum liquidum. Die Blennorrhoe war vorher abgeheilt. Innerhalb von fünf Wochen waren zehn Injektionen von insgesamt 0,5 Hydrargyr. salicyl. gemacht worden. Die fünfte Woche blieb der Patient weg. Am 25. Februar 1900 wurde Verfasser in die Wohnung desselben gerufen. Der Patient lag im Bette, klagte über Doppelsehen. Das linke obere Lid hing etwas herab (Ptosis durch Parese des Okulomotorius); das linke Auge konnte nur wenig nach aufsen hin bewegt werden (Parese des Nervus abducens); die linke Pupille gegenüber der rechten etwas erweitert; die linke Gesichtshälfte ausdruckslos; die Stirn nicht faltbar, der Lidschlufs mangelhaft; die Sprache undeutlich und erschwert, das Kauen erschwert; Abnahme der Geschmacksempfindung. Alle diese Erscheinungen deuteten auf eine periphere Facialislähmung hin. Auf Lichteinfall reagierten beide Pupillen gut, Blase und Mastdarm funktionierten normal. Das Bewufstsein war erhalten. Es bestand keine Stomatitis. Dagegen klagte der Patient weiter über Kribbeln, Stechen, Ameisenlaufen in den Beinen und Armen, hatte einen ataktischen, schleudernden Gang und zeigte das Rombergsche Symptom. In den Fingerspitzen war das Tastgefühl herabgesetzt. Der Puls betrug 100, die Atmung 25. Fieber war nicht vorhanden.

Angesichts der schweren Nervenerscheinungen ging Verfasser nunmehr zu Sublimatinjektonen und zu einer Jodkaliumkur über. Die Facialisparese ging in den nächsten zwei Wochen etwas zurück, ebenso das Doppelsehen. Dagegen traten neue schwere Symptome hinzu: Heftige Schmerzen im Kopfe, in Stirn und Nacken; Parese beider oberen Extremitäten, Zunahme der Sensibilitätsstörungen; Schmerzhaftigkeit in der Sternalgegend, Unruhe und Schlaflosigkeit des Patienten, Zunahme der Puls- und Atmungsfrequenz, profuse Schweifsausbrüche. Die Patellarreflexe waren erloschen, dagegen bestand Beweglichkeit der Beine, es fehlten auch jetzt Mastdarm- und Blasenstörungen; der Urin war frei von Eiweifs.

Trotz aller erdenklicher Mühe erfolgte 16 Wochen seit Beginn der Krankheit der Tod infolge von Herzschwäche.

Der Verfasser erörtert nun unter Heranziehung der einschlägigen Litteratur sehr eingehend die Frage, ob es sich im vorliegenden Falle um eine Polyneuritis mercurialis oder syphilitica gehandelt hat. Verfasser gelangt zu der Ansicht, dafs der

Kranke an einer Polyneuritis syphilitica gelitten hat, welche unter dem Einfluſs des Alkohols, dem der Patient gern ergeben war, der angewandten Jod- und Quecksilbertherapie hartnäckig getrotzt hat.

VI. **Eine einfache Kulturmethode für den Gonococcus**, von v. Niessen. Wiesbaden. Der Verfasser verteilt mehrere Tropfen (bei frischem Tripper genügt eine Platinöse) gonokokkenhaltigen Eiter in 1 ccm steriler Nährbouillon durch Schütteln und sorgfältiges Verreiben mit der Platinnadel. Darauf kommt das Röhrchen mehrere Stunden in den Wärmeschrank bei Bluttemperatur, damit die Leukocyten quellen und weiter passiv gemacht werden. Mehrere Platinösen dieser Bouillon werden auf Agarflächen ausgestrichen. Der Rest wird nach nochmaligem tüchtigen Schütteln in blutwarmer Gelatine verteilt, diese in bekannter Weise nach Koch gradatim verdünnt und in Petri-Schalen ausgegossen. Nach 48 Stunden, spätestens nach drei Tagen, im Winter langsamer, kann ein geübtes Auge bei durchfallendem Licht schon ohne Mikroskop die Gelatine erster, auch die der zweiten und dritten Verdünnung von feinsten, etwas schillernden Kulturanlagen durchsetzt erkennen, deren mikroskopische Untersuchung bei schwacher Vergröſserung bräunlich graue, meist kreisrunde, feinste granulierte Ansammlungan ergiebt. Im gefärbten Präparat bei starker Vergröſserung liegt morphologisch regelmäſsig der Gonococcus vor. Ein weiteres Gedeihen konnte jedoch an diesen Kulturen auſser zur Sommerzeit nicht konstatiert werden. Verfasser entnahm deshalb aus der von jenen Kolonien durchsetzten Gelatine mit dem Platinspatel kleine Rasen, brachte diese in frischer steriler Gelatine oder Bouillon verteilt in den Wärmeschrank. Auf diese Weise konnte ein üppiges Wachstum und Vermehren erreicht werden. Es folgte sodann Übertragen auf schräg erstarrte Gelatine und ebensolchen Agar. Auf letzterem Nährboden bei Blutwärme gehalten ist der Gonococcus schon nach 24 Stunden gut gediehen, bildet feine, hellgraue, runde, bei durchfallendem Licht schillernde Kolonien, die anfänglich einen angenehmen, eigentümlichen, sehr charakteristischen Dextringeruch erzeugen, welcher in 1—2 Tagen meist in einen solchen nach saurer Milch übergeht. Auch auf den Agarröhrchen, die von Bouilloneitermischung aus direkt besät worden waren, läſst sich der Gonococcus gelegentlich direkt aufzüchten und fortpflanzen, an seinem spezifischen Geruch unter form- und farbengleichen Doppelgängern meist erkenntlich.

Verfasser fordert zur Nachprüfung seiner Untersuchungsergebnisse auf.

VII. **Phototherapeutischer Apparat zur Anwendung der Finsenschen Methode ohne Kondensator**, von Lortet und Genoud-Lyon. Der ausführlich beschriebene Apparat hat vor den bisherigen folgende Vorteile: 1. „Je nach der Dimension des Obturators kann der Wirkungsbereich des Apparates schwanken zwischen 1 und 6 cm Durchmesser. (Die Apparate mit Kondensator haben nur eine Wirkungszone von der Gröſse eines Francstückes.) 2. Die photochemische Intensität ist genügend, um die zur Erlangung der gewünschten therapeutischen Resultate notwendige Expositionszeit auf 10—15 Minuten abzukürzen. (Bei den bisher verwendeten Apparaten betrug diese Zeit 1—5/4 Stunden.)“ *C. Berliner-Aachen.*

The British Journal of Dermatology.

Band XIII. November 1891.

Pagets Disease der Vulva, von W. Dubreuilh-Bordeaux. Die Affektion bei der 51jährigen Frau begann vor drei Jahren mit einem roten, leicht schmerzhaften und juckenden Knötchen neben der Clitoris, nahm trotz oder infolge der zahlreichen Mittel an Umfang zu und ist gegenwärtig charakterisiert durch eine indurierte und erodierte, tiefrote, nässende Partie, welche nahezu den ganzen äuſseren Teil der Vulva

einnimmt und zwar das vordere Drittel des linken, das vordere Viertel des rechten Labium majus, die Clitoris, das Vestibulum und das Orificium urethrae. Eine eigentliche Ulceration ist nirgends zu sehen, sondern überall nur schmerzhafte, leicht blutende Erosionen. Dieselben haben eine indurierte, scharf begrenzte, etwa $^1/_2$ cm dicke Basis, die sich wie ein harter Schanker anfühlt. Zwischen den Erosionen bemerkt man hier und da zerstreut kleine, weifse, schwach erhabene, resistende und adhärente Epidermisinseln.

Verfasser bespricht die Differentialdiagnose, für die in Betracht kommen harter Schanker, diabetische Vulvitis, Ekzem, Leukokeratosis.

Am 12. Februar 1900 wurde die ganze erkrankte Partie in einem Stücke mit einem Schnitte durch das subcutane Gewebe entfernt. Auch die Inguinaldrüsen wurden excidiert. Die Patientin genas. Bis Januar 1901 war ein Rezidiv noch nicht aufgetreten.

Im folgenden wird das Resultat der mikroskopischen Untersuchung mitgeteilt.

Von der Epidermis, in deren tieferen Schicht der Prozefs zu beginnen scheint, ist das Stratum corneum, stellenweise auch die anderen Schichten, verschwunden. Die Zellen sind dissociiert, zeigen unregelmäfsige Gestalt und Gröfse. Die Kerne sind in karyokinetischer Teilung begriffen. Verschiedene Zellen weisen bereits deutlich Anzeichen von Degeneration auf wie beim Epitheliom, doch konnten keine kolloide Transformation noch Epithelperlen gefunden werden. An den Epidermisinseln waren die einzelnen Schichten noch vollständig erhalten.

Die Papillenschicht war an den befallenen Partien stark infiltriert mit verschiedenen Arten von Zellen, Plasmazellen in grofser Zahl, Lymphocyten und einigen Leukocyten.

In den Prozefs waren mehr oder weniger stark die Haarfollikel und Schweifsdrüsengänge mit hineingezogen. *C. Berliner-Aachen.*

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1901. Heft 8/9.

Klinik und pathologische Anatomie des Ulcus rodens, von W. Dubreuilh und B. Auché. Nach einem kurzen geschichtlichen Überblick und einer Abschweifung in die Ätiologie des Ulcus rodens gehen die Verfasser auf ihr eigentliches Thema über, das sie in einer umfangreichen Arbeit entwickeln.

Das Ulcus rodens ist im Beginn ein Hautknoten, der allmählich geschwürig zerfällt; er sitzt anfangs in der Cutis und dringt nach und nach gegen die Subcutis und besonders gegen die Epidermis vor; gegen erstere wird er meistens durch eine derbe fibröse Membran abgegrenzt. Von dieser Membran gehen zuweilen fibröse Balken aus, durch die die Geschwulst in einzelne Lobuli geteilt wird. Wie alle Epitheliome, so besteht auch das Ulcus rodens aus epithelialem und aus Bindegewebe; ersteres findet sich in der verschiedensten Weise bei den einzelnen Neubildungen angeordnet, die Verfasser beschreiben einen acinösen, einen alveolären und einen trabekulären Typus. Die Epithelzellen verhalten sich anders als bei den übrigen Epitheliomen; in den äufseren Schichten sind sie meistens cylindrisch bis kubisch, enthalten ein helles, wenig gekörntes, gut gefärbtes Protoplasma und einen runden oder eiförmigen Kern, der die üblichen Farben gut annimmt. In den einwärts gelegenen Schichten werden dagegen die länglichen und spindelförmigen Zellen häufiger; hier sind sie auch kleiner als die normale Epidermiszelle und enthalten einen grofsen, chromatinreichen Kern mit deutlichem Kernkörperchen neben feinkörnigem Protoplasma. Verfasser betonen

ausdrücklich, dafs sie mehrfach Verbindungsfäden zwischen den einzelnen Zellen beobachtet haben.

Diese Zellen vermehren sich im allgemeinen nur langsam und gehen auf verschiedene Weise wieder zu Grunde; ein bisher unbekannter Modus wird von den Verfassern als Atrophie stellaire bezeichnet und genau beschrieben. Abweichend von früheren Forschern haben sie auch einzelne Hornkügelchen (Globes cornées) gefunden; dieselben waren freilich nie so grofs und nie so schön entwickelt wie beim Epidermisepitheliom. Neben den Zellen kommen im Ulcus rodens noch verschiedene Formen von Cysten vor.

Das Verhalten des Bindegewebes ist in den verschiedenen Tumoren nach Menge, Bau und Anordnung ein verschiedenes und wechselt, je nachdem man einen acinösen, einen alveolären oder trabekulären Typus vor sich hat. In zahlreichen Fällen besteht das Stroma auch nur aus Schleimgewebe. Im Beginn seiner Entwickelung ist das Ulcus rodens mit der Epidermis oder deren Anhängen immer durch einen kleinen Stiel verbunden; die verschiedenen Formen desselben erfahren eine nähere Beschreibung. Daran knüpft sich eine Erörterung über den Locus nascendi der Epitheliomzellen; derselbe befindet sich am Haarfollikel, dort, wo die Talgdrüsen in denselben einmünden; Ausnahmen hiervon kommen vor. Demnach mufs man eine Umwandlung von Talgdrüsen in epitheliomatöses Gewebe annehmen — für welche Annahme auch weiteres Material beigebracht wird. Auch entsteht die Neubildung nicht an einem einzigen Punkt, von einer einzelnen Zelle aus, sondern von einer Reihe von Haarfollikeln und Talgdrüsen. Die Beteiligung der Epidermis an der Neubildung ist sehr wahrscheinlich; auf jeden Fall ist ihre Beziehung zu derselben eine so enge, dafs es notwendig mit der Zeit zur Ulceration kommen mufs. In diesem zweiten Stadium zeigt das Ulcus rodens keine wesentlichen Veränderungen seines anatomischen Baues. Es hat die Neigung, sich in der Fläche auszudehnen und macht vor keinem Gewebe Halt; nur die Drüsen werden selten in den Prozefs einbezogen. Metastasen in innere Organe scheinen noch nicht beobachtet. Am Schlusse dieses Teiles werden einige histologische Varietäten mitgeteilt.

Auch der zweite Teil der Arbeit, der sich mit der Symptomatologie des Ulcus rodens beschäftigt, ist reich an neuen Beobachtungen. Die Neubildung beginnt mit einer blassen Papel oder mit einem Knötchen, das bald sehr schnell, bald nur ganz allmählich der Ulceration anheimfällt und fast niemels Schmerzen verursacht. Die Drüsen der Nachbarschaft fanden die Verfasser nur in einem Fall geschwollen. Der Verlauf ist im allgemeinen ein sehr langsamer; es vergingen in einzelnen Fällen 12, 20 und 26 Jahre, bis die Patienten sich an den Arzt wandten; mehrmals freilich wurde Hilfe schon nach mehrmonatlichem Bestand der Neubildung für nötig befunden.

Der innere Augenwinkel und die Nasenwurzel sind der Lieblingssitz der Geschwulst (unter 85 Fällen 54 mal); dagegen ist sie noch niemals an der Unterlippe beobachtet. Die meisten Fälle treffen das Alter von 40—70 Jahren. In der mitgeteilten Statistik kamen von 146 Fällen 30 auf ein früheres und 6 auf ein späteres Alter. Die Symptomatologie ist durchaus keine gleichmäfsige; es lassen sich auch hier verschiedene Typen unterscheiden und die Verfasser beschreiben eine noduläre, eine terebrirende und eine atrophische Form. Die Arbeit enthält 23 neue Beobachtungen, es sind ihr zahlreiche Holzschnitte und eine Tafel in Platinotypie beigegeben.

Zwei Fälle von Syphilis maligna; Klinisches und Histologisches, von J. Himmel-Kasan. Der Abhandlung liegen zwei Fälle von Syphilis maligna zu Grunde; sie wurde bei einem 20jährigen und bei einem 66jährigen Manne beobachtet, die beide von zarter Gesundheit waren. Die Erscheinungen glichen sich in beiden Fällen

so ziemlich; 2—3 Monate nach der Ansteckung stellte sich in beiden Fällen im unmittelbaren Anschlufs an die Roseola ein papulo-pustulöser Ausschlag ein; auch der histologische Befund bot beide Male die nämlichen Züge: sämtliche Hautschichten sind infiltriert; das Infiltrat ist an der Oberfläche diffus, in der Tiefe inselförmig; es enthält hyperplastische Bindegewebszellen, Mastzellen, epithelioide Zellen, die nichts anderes als Plasmazellen sind, runde Zellen von unbekannter Natur, einzelne Riesenzellen und viele polynukleäre Leukocyten. Die Gefäfse sind erweitert, ihr Peri- und Endothelium geschwollen und proliferiert, das Bindegewebe geschwollen und wellig und ebenso spärlich wie das elastische Gewebe, das in den oberen Hautschichten fast ganz fehlt.

Zum Schlufs bringt H. den Verlauf der Syphilis in seinen beiden Fällen mit der geschwächten Konstitution in Beziehung und weist darauf hin, dafs die Papeln sich in ihrem histologischen Bau den Pusteln näherten, wie er auch thatsächlich einen solchen Übergang von Papeln zu Pusteln klinisch beobachtet habe.

Türkheim-Hamburg.

American Journal of Dermatology and genito-urinary diseases.

1901. No. 5.

1. **Ist der Tripper eine heilbare Krankheit?** von Martin Krotoszyner-San Francisco. Kurze zusammenfassende Betrachtung über unsere in den letzten beiden Jahrzehnten erreichten Fortschritte in der Erkenntnis der Wichtigkeit und Chronicität der Blennorrhoe. Der Verfasser wünscht auch für seine Heimat die aufklärenden Vorlesungen über Geschlechtskrankheiten für Mediziner eingeführt zu sehen.

2. **Tuberkulose des Hodens und Nebenhodens,** von Irvin Abell-Louisville. Der Nebenhoden ist nach Ansicht des Verfassers der häufigste Ausgangspunkt der Urogenitaltuberkulose. Meist handelt es sich dabei um sekundäre Herde, doch kann der gleiche Prozefs auch einmal primär sein. Die Affektion des Hodens kommt primär selten vor, in der Regel folgt sie der Epididymitis. Die primäre Erkrankung erfolgt meist auf dem Wege des Blutstroms, selten wahrscheinlich durch den Coitus. Im ersteren Falle hat man es wahrscheinlich mit einem intertubulären Prozefs zu thun. Im Falle sekundärer Erkrankung der Genitalien handelt es sich wahrscheinlich um intratubulöse Vorgänge.

3. **Ein Fall von disseminiertem seborrhoischen Epitheliom,** von A. H. Ohmann-Dumesnil-St. Louis. Es handelt sich um einen Mann von etwa 70 Jahren, in dessen persönlicher wie Familienanamnese Krankheiten, besonders Carcinome, nicht vorkommen, abgesehen von Malaria, die den Kranken mehrmals attackierte. Wann sein jetziges Leiden begonnen habe, vermag der etwas schwachsinnige Patient nicht genau anzugeben. Seine Wangen und das linke untere Augenlid zeigen ebenso wie die Nase verstreute braune Krusten neben seborrhoischen Flecken mit ziemlich dicken Auflagerungen. Dasselbe gilt für die Nackengegend. Beim Abheben der Krusten zeigen sich teilweise blutige Oberflächen, teilweise mehr oder minder tiefe Geschwüre, die einen stinkenden Eiter absondern und harte, erhabene Ränder haben. Die gesamte Gesichts- und Nackenhaut ist gegen Berührung empfindlich. Einzelne Geschwüre, die bis ins subcutane Gewebe reichten, liefsen einen chirurgischen Eingriff notwendig erscheinen, doch wurde letzterer vom Kranken energisch refusiert. Nachdem der Mann deshalb die Anstalt verlassen hatte, kehrte er einige Wochen später zurück. In der Zwischenzeit war der epitheliomatöse Prozefs bis auf den Knochen weitergegangen. Eine Operation war jetzt ausgeschlossen. Die entsprechenden Drüsen waren geschwollen, was zusammen mit dem Vorhandensein seborrhoischer Prozesse neben den epitheliomatösen Läsionen die Diagnose Epithelioma disseminatum sebor-

rhoicum Besnier (Acné sébacé Cazenave). Zwei beigefügte Abbildungen erläutern die Beschreibung.

4. **Hodengeschwülste**, von John R. Wathen-Louisville. Carcinom: Nach Senn tritt es der Häufigkeit nach gegenüber dem Hodensarkom bedeutend zurück, nach White und Martin stellt es die häufigste Hodengeschwulst vor. Auch andere Autoritäten differieren hierin sehr, ebenso über die Entstehungsart. Nach Coley können etwa 30% der Sarkome des Testikels auf Traumen zurückgeführt werden, manchmal schliefsen sich Carcinome an tuberkulöse Hodenprozesse an. Die weichen medullären Carcinome scheinen die häufigste Form des Hodenkrebses darzustellen. Bei nicht herunter in das Scrotum getretenem Hoden ist Carcinom eine nicht seltene Erscheinung. Venerische Erkrankungen vermögen prädisponierend zu wirken. Kocher sah den Hodenkrebs bei 29 von 37 Fällen zwischen dem 20. und 40. Lebensjahre auftreten; in einem Viertel der Fälle liefs sich ein vorangegangenes Trauma nachweisen. Der krebsige Prozefs beginnt nach Kocher stets im centralen Hodenanteil. Vielfach finden sich nebenher cystische Gebilde (Cystocarcinom]. Das Carcinom breitet sich ebenso wie das Sarkom längs des Samenstranges aus, ersteres folgt den Lymph-, letzteres den Blutwegen. Die scirrhöse Form überschreitet im Gegensatz zum Medullärkrebs niemals Faustgröfse. Die Haut ist häufiger beim Carcinom als beim Sarkom mit der Geschwulst eng verbunden. Noch Paget bemifst die Dauer der Carcinomentwickelung bis zum letalen Ausgang auf 23 Monate. Nach der Operation leben die Kranken nach seinen Erfahrungen durchschnittlich noch 6 Monate und pflegen sich nicht eher operieren zu lassen, bis die Geschwulst ein und ein halbes Jahr besteht, Die scirrhöse Form bietet eine bessere Prognose — Lebensdauer bis 15 Jahre nach der Operation.

Sarkom: Es findet sich nach Angabe der Pathologen (Virchow) vorwiegend bei Kindern und alten Leuten, während die Chirurgen es häufig im Alter von 20 bis 45 Jahren angetroffen haben. Beim Spindelzellensarkom zeigt die Geschwulst ein festes, homogenes Aussehen mit geringer Cystenbildung im Tumor. Viele der kleinzelligen Rundzellensarkome sind zum Lymphosarkom zu rechnen. Diese maligne Form befällt gern beide Hoden. Das Rundzellensarkom findet sich häufig bei Kindern. Von benignen Hodengeschwülsten kommt das Adenom, Cystom und die Dermoidcyste in Betracht.

5. **Ein ungewöhnlicher Fall von Spätsyphilis des Hodens**, von Dyer F. Talley-Birmingham. Es handelt sich um einen Mann von 41 Jahren, der im Januar 1897 Syphilis acquirierte. Als erste Kur ist eine 3monatige Pillenkur von Protojoduret zu verzeichnen, worauf eine Behandlung mit Sublimat und Jodkalium die nächsten 9 Monate hindurch vorgenommen wurde. Ein Jahr nach Beendigung dieser Therapie zeigten sich Rupiaeruptionen auf dem linken Unterschenkel und eine gänseeigrofse Geschwulst des linken Hodens, wogegen er sich einer in seiner Heimat viel gepriesenen Patentmedizin „S. S. S." ohne Erfolg ein Jahr lang bediente. Seine Hodengeschwulst wuchs und exulcerierte, an den Beinen nahmen die Geschwüre und an den Extremitäten überhaupt Rupiaeruptionen überhand; im August 1900 trat der eine Hoden durch die cutane Öffnung, die sich am Scrotum gebildet hatte, durch. Damit verbunden war ein penetranter lötider Geruch, ohne dafs viel Sekretion bestanden hätte. Der Verfasser entfernte operativ den Hoden, welcher ganz aufserhalb der Skrotalhülle blofslag, indem er den Patienten gleichzeitig einer gemischten spezifischen Behandlung unterwarf. Glatte Heilung. (Warum man nicht versucht hat, den Hoden zu erhalten, ist leider aus der Mitteilung nicht zu eruieren. D. Ref.)

6. **Die Entwickelung des Geschlechtstriebes**, von Havelock Ellis-Lelant Cornwall. Der Verfasser geht an sein Thema dadurch heran, dafs er die sexuelle

Anamnese verschiedener sogenannter gesunder Personen registriert, also von Individuen, die keinerlei geschlechtliche Abnormitäten oder sonstige krankhafte Symptome aufwiesen. In der vorliegenden Abhandlung sind fünf solcher Beschreibungen des Geschlechtslebens gegeben. No. 1 ist durch das Dienstmädchen von der Bestimmung seiner Geschlechtsorgane unterrichtet worden. Erektionen hat er schon vorher gehabt, allein erst die Verführung zum Coitus seitens der dienenden Person klärte ihn auf. Darauf begann er geschlechtlichen Dingen wie der Kopulation von Hunden Aufmerksamkeit zu schenken, wurde mit der Masturbation bekannt u. s. w. No. 2 berichtet, dafs seine ersten Erinnerungen in dieser Richtung auf das sechste oder siebente Jahr zurückgingen, wo er durch die Berührung des nackten Arms der im selben Bett schlafenden Wärterin geschlechtlich aufgeregt worden sei. Mit 9 Jahren sah er, auf dem Lande lebend, mit Vorliebe aufgeschürzte Mägde; die Masturbation lernte er kennen, als im etwa dreizehnten Jahre sich Träume mit nächtlichen Pollutionen einstellten. No. 3 hat vor dem dreizehnten Jahre keinerlei sexuelle Regungen verspürt, obwohl er immer in Mädchengesellschaft war. Mit 13 Jahren wurde er durch die 26jährige Schwester eines Schulfreundes zum Coitus verführt. Kurz darauf sah er den stark behaarten Mons Veneris einer Dienerin, was ihn sehr anzog. Masturbation an ihren Kleidern befriedigte ihn mehr, als das natürliche Beiwohnen der erstererwähnten Frauensperson. Seit jener Zeit war seine sexuelle Begierde an den stark behaarten Mons Veneris gebunden. Auch bei der Onanie stellte er sich im Geiste einen solchen vor. Mit 16 Jahren kam er zur Stadt und hatte oft an einem Abend Verkehr mit drei Frauenspersonen. Lascive Träume mit einer toten Weibsperson als Mittelpunkt. Mit 26 Jahren Heirat. Tod der Gattin nach kurzer Zeit. Späteres Geschlechtsleben ziemlich regelmäfsig, 2 mal pro Woche ein Coitus, Samenergiefsung durch Immissio penis in os feminae hervorgerufen. Der betreffende Mann war absoluter Temperenzler und refüsierte jede nach alkoholischen Getränken riechende Frauensperson. No. 4 erfuhr durch einen Schulfreund im Alter von etwa 10 Jahren, dafs dessen Schwester ihn entkleidete und mit ihm herumspielte, woraufhin er sich an diesem Wechselspiel beteiligte. Eine versuchte körperliche Berührung der Schenkel mit denen der Mädchen erzeugte keinerlei sexuelle Erregung. Masturbation lernte No. 4 durch einen Freund in der Schule kennen, einen Samenergufs erlebte er aber zum ersten Male, als ihn ein Urlaub auf dem Lande in die Hände einer Bedienerin trieb, welche mit ihm wechselseitig onanierte. Mit 17 Jahren häufiger Coitus neben regelmäfsiger Masturbation. Dem natürlichen Akte zog er jedoch masturbierende Bewegungen an den Genitalien der Frauen vor. Mit 25 Jahren verlobte er sich mit der Tochter eines Offiziers und trieb während der Verlobungszeit mit seiner Braut mutuelle Masturbation. Als Ehemann mufste er sein Zimmer einmal mit einem seiner ehemaligen Schulfreunde teilen, mit welchem er früher wechselseitig masturbiert hatte. Beide Freunde gaben sich dieser Perversion von nun an dauernd hin. Die Beiwohnung bei der Frau schaffte dem Betreffenden bei weitem geringere Befriedigung. Er ist etwas neurasthenisch, sonst absolut männlicher Konstitution. No. 5 ist eine Dame, deren sexuelle Anamnese kein Interesse bietet. (Fortsetzung folgt.)

7. **Der gegenwärtige Stand der Bottinischen Operation gegen Prostatahypertrophie**, von Leonard Freeman-Denver. Empfehlung der Bottinischen Operation ohne neue Gesichtspunkte.

8. **Hygiene und Diätetik bei Hautkrankheiten**, von S. C. Martin-St. Louis. Der Verfasser stellt Hygiene und Diät an die Spitze der Dermatotherapie, während die Medikamente für ihn eine untergeordnete Rolle spielen. (Die Wahrheit dürfte wohl in der Mitte liegen. D. Ref.) *Hopf-Dresden.*

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane.
Band XII. Heft 10.

Weitere Beiträge zur Hämatologie der Niereninsufficienz, von Kövesi und Suranyi.

Modifiziertes Maisonneuve-Urethrotom, von Goldberg. Verfasser hat das Instrument in der Weise modifiziert, dafs er den Griff der Leitrinne abnehmbar konstruierte, so dafs nach geschehenem Schnitt der Verweilkatheter über die Leitrinne als Mandrin in die Blase eingeführt werden kann und somit der Metallkonduktor vermieden wird. Verfasser hält sein Instrnment für einfacher, als die von Nicolich-Gentile angegebene Modifikation. *F. Hahn-Bremen.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Blennorrhoe und Komplikationen.

Soll die Blennorrhoe als lokales oder konstitutionelles Leiden angesehen werden? von F. R. Sturgis-New York. (*St. Louis Courier.* Juli 1901.) Die wohl jetzt von der Allgemeinheit der Ärzte in beidem Sinne entschiedene Frage löst auch St. in derselben Weise, indem er einerseits das rein lokale Auftreten der Blennorrhoe bespricht, andererseits all die zahlreichen Organe anführt, bei welchen nach den Forschungen der letzten Jahre eine zweifellose sekundäre Gonokokkeninvasion festgestellt wurde. Kurz aufgezählt sind dies Endocard, Nieren, Gehirn, Haut, Gelenke, Sehnenscheiden, Pleura, Augen, Rectum, Mund, Nase, Pericard, Leber, Milz, Venen, Perichondrium, Periost, periphere Nerven, Rückenmark und Blut. In manchen Fällen schien es zweifelhaft, ob die Affektion allein durch den Gonococcus oder durch Mischinfektion (Staphylococcus) zu stande kam und Verfasser wählte als Gegenstand seiner bezüglichen Forschungen die Affektionen des Herzens, der Niere, des Gehirns und Rückenmarks, der Haut und die Abscesse im subcutanen und in intramuskularen Geweben. Das Vorkommen einer rein blennorrhoischen Endocarditis und Pyelonephritis kann nicht mehr bezweifelt werden; für die Möglichkeit, dafs auch Gehirn und Rückenmark direkt durch den Gonococcus (nicht durch Toxine desselben) infiziert werden, spricht ein von Fürbringer beobachteter, hier ausführlich wiedergegebener Fall. Was die Hautkomplikationen der Blennorrhoe betrifft, so sind Fälle von Petechien, Purpura beobachtet worden; Abscesse des Zellgewebes scheinen durch direkte Übertragung der Gonokokken auf die betreffenden Stellen sicher zu stande zu kommen. Immerhin giebt es auch hier sichere Fälle von Mischinfektion, wo nicht nur Gonokokken, sondern auch Staphylo- und Streptokokken die Allgemeininfektion bewirken; der dritte Weg, die Infektion durch die Toxine des Gonococcus, ist noch nicht bewiesen, seine Möglichkeit jedoch nicht ausgeschlossen. In einer Schlufsbetrachtung, welche zwischen Syphilis und Blennorrhoe Vergleiche zieht, erklärt Verfasser, dafs die Blennorrhoe unzweifelhaft im stande ist, allgemeine Störungen hervorzurufen und keineswegs nur als lokales Leiden aufzufassen ist; vielleicht würde einmal die Zeit kommen, wo wir zwei Arten von Blennorrhoe — eine lokale und eine konstitutionelle — unterscheiden könnten, ebenso wie in früheren Zeiten die Syphilis in zwei Arten geteilt worden sei — eine, in welcher die Krankheit rein lokal war und welche wir jetzt weichen Schanker nennen und die andere, wo der ganze Organismus mit den schweren, lange dauernden Folgen ergriffen wurde. Auf die einzeln angeführten Fälle kann hier nicht näher eingegangen werden. *Stern-München.*

Zur Blennorrhoefrage, von Boleslav Lapowski - New York. (*New York med. Journ.* 1901. No. 15.) Aphoristische Bemerkungen über die Behandlung der Blennorrhoe. L. bedauert, dafs wir bei der Blennorrhoe der Harnröhre nicht ebenso wie z. B. bei jener der Konjunktiva im stande sind, erstens den Gonococcus zu erreichen und völlig zu vernichten, bevor er Zeit hat, Gewebsveränderungen hervorzurufen und zweitens dem Organe vollständige physische und teilweise physiologische Ruhe zu teil werden zu lassen. Letzteres ist unmöglich und die tiefen Gewebsteile sind weder für unsere Injektionen noch Irrigationen erreichbar, so dafs der Übergang zu chronischer Blennorrhoe ein so häufiger ist. Das hartnäckigste Symptom bei derselben ist die Anwesenheit von Eiterzellen und von Fäden im Urin. Hier kommt L. zu dem springenden Punkt seiner Abhandlung, nämlich ob der Arzt aus dem negativen Befunde an Gonokokken in diesen Harnbestandteilen schliefsen darf, dafs überhaupt keine Gonokokken mehr vorhanden sind? Es giebt Involutionsformen des Gonococcus, welche durch Gram nicht entfärbt werden, jahrelang in den Geweben verweilen und plötzlich durch irgend eine ihnen günstige Veränderung in denselben wieder eine aktivere Thätigkeit entfalten. Es kann also nur die bakteriologische Untersuchung (Reinkultur) die Gegenwart oder Abwesenheit des Gonococcus beweisen und diese ist, so lautet der Schlufssatz des Verfassers, besonders dann und zwar stets vorzunehmen, wenn es sich um die Erteilung des Ehekonsenses handelt. *Stern-München.*

Blennorrhoe, von Henry H. Koehler. (*Louisville Journ.* 1901. No. 11.) Die Abhandlung stellt einen Bericht über eine in der Bostoner ärztlichen Gesellschaft stattgefundene Debatte dar, welche den Harnröhrentripper zum Gegenstand hatte. Tenney macht Guiards Ansicht zu der seinen, dafs jeder länger wie einige Tage dauernde Ausflufs blennorrhoischer Natur sei. Norggerath gegenüber, der angiebt, dafs 80% der männlichen Bevölkerung an Tripper gelitten haben, giebt er nur einen Prozentsatz von 20 als entsprechend an. Alkoholismus vermindert den Widerstand gegen die Infektion. Burrage glaubt, dafs etwa 12% aller gynäkologischen Krankheitsfälle blennorrhoischen Ursprungs sind. Nur ein geringer Bruchteil derselben zeigt Gonokokken. Gardner W. Allen empfiehlt bei chronischer Blennorrhoe die Dehnung mit Kollmanns vierbranchigen Dilatator, gefolgt von Injektion 2—10%iger Protargollösungen oder Spülungen mit Kaliumpermanganat. *Hopf-Dresden.*

Über blennorrhoische Exantheme bei Neugeborenen, von Jens Paulsen. (*Münch. med. Wochenschr.* 1901. No. 25.) Nach den Erfahrungen des Verfassers sind blennorrhoische Exantheme bei Neugeborenen durchaus nicht sehr selten. Sie bestehen aus Papeln und Bläschen mit serösem oder seropurulentem Inhalt und werden durch den Gonococcus selbst hervorgerufen, und zwar stellen sie entweder Metastasen einer Ophthalmoblennorrhoe dar oder sie kommen infolge primärer Infektion der Haut zu stande. Zur Stellung der Diagnose ist der Nachweis von Gonokokken im Bläscheninhalt unerläfslich. Vom Pemphigus neonatorum unterscheiden sich die blennorrhoischen Exantheme durch den geringeren Umfang, das langsamere Wachstum und langsamere Verschwinden der Bläschen. In schweren Fällen kann im Gefolge dieser Exantheme Furunkulose und Drüseneiterung eintreten; im allgemeinen scheinen sie aber eine Gefahr für die Gesundheit der Kinder nicht zu bedingen. Eine besondere Behandlung ist nicht nötig; die Kinder müssen nur sehr rein gehalten werden, gröfsere Bläschen werden eröffnet. *Götz-München.*

Über chronische Blennorrhoe, von John van der Poel - New York. (*Med. News.* 18. Mai 1901.) Nach genauer Definition des Begriffes „chronischer Blennorrhoe" und Beschreibung der dabei vorhandenen pathologischen Veränderungen (nach Koll-

MANN und FINGER) hebt Verfasser drei Punkte als für die Diagnose wichtig hervor: 1. ist der Ausfluſs septisch (Gonokokken und andere Bakterien) oder aseptisch (nur Epithelien und Leukocyten enthaltend)? 2. die Quelle des Ausflusses (durch Probeirrigation und Dreigläserprobe) und 3. ob die pathologischen Veränderungen superfizielle oder tiefliegende sind (Urethrometer und Endoskop). Die Behandlung ist eine allgemeine, interne, worüber Verfasser nur Bekanntes bringt, und eine lokale. Sehr wichtig ist regelmäſsiger und systematischer Gebrauch des Mikroskops zur Kontrolle der Behandlung. Die lokale Behandlung sollte sich erstens gegen die Gonokokken, zweitens andere Bakterien im Falle von Sekundärinfektion und drittens gegen die anatomischen Veränderungen richten. Als das beste Mittel zur Vernichtung der Gonokokken erwies sich Verfasser das Protargol; ist der hintere Teil der Harnröhre auch ergriffen, so zieht er zu den Irrigationen mit der ½—1%igen Lösung die groſse, 150 g haltende (ULTZMANNsche) Spritze vor, für diese Fälle sind täglich 200—500 ccm, ist der vordere Teil der Harnröhre nur ergriffen, 500—1000 ccm täglich einzuspritzen. Noch wirksamer sind diese Mittel, wenn der Patient selbst noch schwache Sublimateinspritzungen (1 : 30000—1 : 15000) macht, auch für diese gewöhnlichen Injektionen wäre eine Sprilze, welche 10—15 g (statt 4—8) hält, zu empfehlen. Mit dem Nachlassen der Eiterung werden die Irrigationen weniger häufig, jeden zweiten, dritten oder vierten Tag und schlieſslich einmal in der Woche gegeben; auf diese Weise verschwinden in einer groſsen Zahl von Fällen nicht nur der Ausfluſs, sondern auch die Fäden. Bei Sekundärinfektion erzielte Verfasser die besten Resultate mit Sublimatlösung in der oben erwähnten Konzentration oder noch stärker, entweder in Form der Injektionen oder Irrigationen. Die endoskopische Untersuchung erklärt auch VAN DER POEL als nicht ganz zuverlässig, im allgemeinen sollte sie erst zur Verwendung kommen, wenn die anderen Mittel fehlgeschlagen haben oder spezielle Indikation vorhanden ist. Gehen die pathologischen Veränderungen tiefer, ist Infiltration oder gar narbiges Gewebe vorhanden, so ist das Hauptprinzip der Behandlung Dilatation, kombiniert mit Irrigation von adstringierenden oder parasitiziden Mitteln. Kontraindikation der Dilatation sind Schmerzen, Hämorrhagien und zunehmender Ausfluſs. Bei Prostatitis, welche eine sehr häufige Begleiterscheinung der chronischen Blennorrhoe ist, genügen natürlich Instillationen und Irrigationen nicht, es muſs, um die Gonokokken zu erreichen, Massage der Prostata, gefolgt von Auswaschung der Blase und hinteren Harnröhre, ausgeführt werden; auf genügende Intervalle zwischen den einzelnen Sitzungen muſs geachtet werden, akute Entzündungen und Abscesse sind natürlich Kontraindikationen der Massage. Daſs viele Fälle chronischer Blennorrhoe ungeheilt bleiben, davon ist auch Verfasser überzeugt, der schlieſslich die (bekannten) Gründe hierfür aufzählt. *Stern-München.*

Über einige seltene Lokalisationen des Gonococcus, von TORELLI. (*Il Morgagni.* 1901. No. 8.) Verfasser konstatierte bei einem 30jährigen Manne an der Oberlippe eine Schwellung mit seropurulenter Sekretion und Bildung von Krusten, welche Affektion angeblich erst 5—6 Tage bestand. Verfasser stellte sofort die Diagnose von Ekzem, als ihm einfiel den Eiter mikroskopisch zu untersuchen. Er fand darin zahlreiche Gonokokken in den Eiterzellen eingeschlossen. Erst jetzt gestand der Patient, daſs er vor sechs Monaten eine Blennorrhoe acquiriert hatte, welche noch immer einen, zwar spärlichen, Ausfluſs aus der Urethralöffnung veranlaſste. Aufserdem hatte sich der Patient etwa zehn Tage vor dem Beginne seiner Lippenaffektion beim Rasieren leicht an der Lippe verletzt. Die Beziehungen zwischen der Urethral- und der Lippenaffektion stehen demnach in dem betreffenden Falle aufser Zweifel. *C. Müller-Genf.*

Die Gonokokken in den blennorrhoischen Sekreten, von A. Ravogli-Cincinnati. (*St. Louis med. Rev.* 13. April 1901.) Bei ganz frischen Fällen von Blennorrhoe finden sich die Gonokokken fast ausschliefslich auf den Epithelzellen und in geschlossenen Gruppen. In lymphoiden Zellen eingeschlossen findet man um diese Zeit dieselben nicht. Erst auf der Höhe des entzündlichen Prozesses findet man sie in Eiter- und Lymphzellen eingeschlossen, und dann fehlt die Gruppenbildung, und auch in Epithelzellen findet man sie dann nicht. Im späteren Verlauf, bei spärlichem, mehr serös-schleimigen Sekret, findet man sie teils in den Eiterzellen und teils in Häufchen in den Epithelzellen. Ein Blennorrhoiker darf nicht heiraten, so lange noch Gonokokken oder Eiterzellen entleert werden, einfache Epithelfetzen im Urin ohne Eiterzellen können als keine Gegenindikation gelten.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Gonokokkeninfektion bei einem Säugling; metastatische Gelenkabscesse, von W. L. Johnson-St. Louis. (*St. Louis med. Rev.* 13. April 1901.) Bei einem drei Wochen alten Kinde konstatierte Verfasser Entzündung resp. Abscesse nacheinander an der rechten Hand, dem linken Daumen, dem rechten Ellenbogen, am Metatarsophalangealgelenk der linken grofsen Zehe sowie im weiteren Verlauf an einigen anderen kleineren Gelenken. Im Eiter wurden Gonokokken nachgewiesen, welche vermutlich durch den Nabel, welcher eitrige Entzündung aufwies, eingedrungen waren. Bei den Eltern war keine Infektion nachzuweisen. Trotz wiederholter Kollapszustände trat schliefslich Genesung ein. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über die blennorrhoische Gelenkentzündung, von E. Bennecke. (*Med. Woche.* 1901. No. 15.) Im zweiten Teil seiner Arbeit wendet sich B. der Diagnose zu, die er in klinische und bakteriologische teilt, letztere ist in vielen Fällen negativ erstere meist leichter zu stellen, wo ein Zusammenhang mit einer Blennorrhoe erkennbar ist. Das Fieber ist meist nicht hoch, die Schmerzhaftigkeit grofs, nicht springend, es besteht Neigung zur Destruierung der Gelenke. Salicyl erweist sich als nutzlos. Die Therapie hat sich gegen die Gelenkentzündungen und gegen den Tripper zu wenden; die Hauptsache ist Bettruhe, Bindenkompression des hochgelagerten Gliedes, eventuell Punktion des Ergusses mit nachfolgender Injektion von 5%iger Karbolsäure. Auch äufserliche Applikation von Jodtinktur wirkt besonders bei phlegmonösen Formen günstig. Nach Ablauf des entzündlichen Stadiums ist die Mobilisierung des Gelenks die Hauptsache, hier hat man aktive und passive Bewegungsübungen, Massage, Elektricität, warme Bäder anzuwenden. Jedenfalls hat die Behandlung eine sehr sorgfältige zu sein, um bei dieser schweren und leider nicht seltenen Erkrankung günstige Resultate zu erzielen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Behandlung der blennorrhoischen Gelenkentzündungen während der akuten entzündlichen und fieberhaften Periode mit dem galvanischen Strom, von Louis Delherm. (*Journ. d. pratic.* 1901. No. 29.) Der Verfasser hat zwölf, zum Teil sehr schwere Fälle von blennorrhoischer Gelenkentzündung von Anfang an mit dem galvanischen Strom behandelt und damit sehr günstige Resultate erzielt. Alle zwölf Fälle kamen ohne Ankylose, Steifigkeit oder Muskelatrophie zur Heilung. Angewendet wurden Ströme von 20—40 MA. und mehr, wenn es die Patienten vertrugen; die Sitzungen wurden anfangs zweimal, später einmal täglich wiederholt, ihre Dauer betrug 20—30 Minuten. Die Zahl der zur Heilung nötigen Sitzungen schwankte in sehr weiten Grenzen. Die Behandlung mufs möglicht frühzeitig begonnen werden, noch bevor sich die Anfänge von Muskelatrophie oder Ankylose zeigen. Fieber, sowie das Bestehen lokaler entzündlicher Symptome kontraindizieren die elektrische Behandlung nicht. *Götz-München.*

Über die nervösen Komplikationen der Blennorrhoe, von Delamare. (*Gaz. d. Hôpit.* Mai 1901.) Verfasser konstatiert, dafs das Kapitel über die nervösen Störungen in Verbindung mit Blennorrhoe noch keineswegs abgeschlossen und begrenzt ist. Mit dem Tripper in mehr oder weniger direkte Beziehung gebracht wurden: Neurosen (Neurasthenie, eigentliche Psychosen), wahre Meningitiden, Myelitis (Meningo-Myelitis acuta, subacuta, chronica), periphere Neuritis (Pseudotabes blennorrhagica). Aus diesen Thatsachen zieht Verfasser die Schlufsfolgerung, dafs die gröfste Sorgfalt auf die Behandlung der Blennorrhoe zu verlegen sei. *C. Müller-Genf.*

Die Behandlung der Komplikationen der akuten blennorrhoischen Urethritis posterior, von James Pedersen-New York. (*Med. News.* 18. Mai 1901.) Von den allgemeinen Komplikationen zieht hier P. nur die häufigste, die Arthritis oder den blennorrhoischen Rheumatismus in Betracht und von den lokalen in erster Linie die Urethrocystitis, welche durch Übergang des Entzündungsprozesses auf das Trigonum entsteht. Bei deren Behandlung ist die Hauptindikation ein klarer und antiseptischer Urin, die Verabreichung von Alkalien neben der bekannten Diät hält P. nicht für notwendig, vielmehr oft für schädlich, Salol ist der beste Ersatz. Bei akuten Fällen genügen meist neben der Allgemeinbehandlung heifse Sitzbäder und Umschläge, in anderen Fällen sind Rektalirrigationen von heifsem Salzwasser angezeigt. Wie Verfasser überzeugt ist, dafs bei rechtzeitiger Anwendung der 1%igen Protargolinjektionen gegen akute Blennorrhoe der Harnröhre die Cystitis häufig vermieden werden kann, so tritt er auch für dieses Mittel bei chronischer Urethrocystitis ein, die Lösung mufs in die Blase langsam und in kleinen Mengen (30 g) eingeführt werden; zu starke Irrigation ist schädlich. Wie die Blase, so bilden Ureter und Nierenbecken durch ihr Schuppenepithel eine Barrière gegen die Gonokokkeninfektion; wahrscheinlich mufs der Boden durch eine vorhergehende oder gleichzeitige Infektion anderer Art zum Gedeihen des Gonococcus präpariert werden, ebenso prädisponiert dazu jede Kongestion machende Ursache, wie Stein oder Wanderniere u. s. w. Mit Tuberkulose associiert, verursacht die Gonokokkeninvasion von Niere und Harnleiter eine sehr schwere Form von Entzündung. Die Behandlung der Ureteropyelitis richtet sich speziell gegen die lokale Entzündung und gegen das Auftreten von Nierenkongestion oder Hyperämie. Bei vorhandener Pyonephrose — Schüttelfrost, Fieber, Schmerz, Verminderung der Harnmenge und später ein Tumor sprechen dafür — ist der Lumbalschnitt angezeigt. Ist die Ureteropyelitis in das chronische Stadium übergegangen, ohne dafs die Niere befallen wurde, so ist Katheterismus der Ureteren, um Striktur zu verhüten, und Irrigation des Nierenbeckens notwendig. Funiculitis blennorrhoischen Ursprungs (Entzündung des ganzen Samenstranges durch Übergang vom Vas deferens aus) ist eine nicht sehr häufige Komplikation, es kommen zwei Formen vor: seröse und phlegmonöse, durch letztere kann leicht Peritonitis entstehen; die Behandlung mufs in Ruhelage, kalten Umschlägen u. s. w. bestehen, jede lokale Therapie der Urethra suspendiert werden. Bezüglich der blennorrhoischen Epididymitis und Orchitis und deren Therapie bringt P. nichts Erwähnenswertes, ebenso weicht die von ihm beschriebene Behandlung der Prostatitis nicht von der Norm ab; Urinverhaltung im Verlaufe von akuter Prostatitis macht es sehr wahrscheinlich, dafs ein Abscefs gegen Urethra oder Blase durchzubrechen im Begriff ist. Bei subakuter und chronischer Prostatitis sind die Hauptprinzipien der Behandlung digitale Massage der Prostata, heifse Mastdarm-, Blasenirrigationen und Instillationen in diese und die hintere Urethra. Der blennorrhoische Rheumatismus kann zu jeder Zeit im Verlaufe der vorderen oder hinteren Harnröhrenentzündung eintreten, häufiger aber später, also bei letzterer; obwohl antirheumatische Mittel im allgemeinen

von geringem Nutzen sind, sollten sie doch versucht werden: das Oleum gaultheriae scheint P. am empfehlenswertesten, auch Jodoform (? Ref.), bis Kopfschmerz sich einstellt. Die lokale Behandlung ist besonders wichtig: Immobilisation, Gegenreize mit Höllensteinstift oder Paquelin und Kälteapplikation in den Anfangsstadien, später warme Umschläge und Kompression, im subakuten Stadium tägliche Massage und passive Bewegung, bei Eintritt von Eiterung natürlich entsprechende chirurgische Behandlung. Die Behandlung der Harnröhrenentzündung sollte in der Zwischenzeit, wie Verfasser am Schlusse seines umfangreichen Vortrages (gehalten vor der New Yorker Akademie der Medizin) hervorhebt, zwar eine wirksame, aber konservative sein, da die Einführung von Instrumenten bei akuter Urethritis oft einen blennorrhoischen Rheumatismus bei prädisponierten Patienten hervorruft. *Stern-München.*

Die sexuelle Impotenz infolge Trippers und seiner Komplikationen, von Filarétopoulo-Athen. (*Indépend. méd.* 1901. No. 16.) Die Arbeit bringt nicht viel neues. Verfasser zitiert eine Statistik Gosselins, der in 85 Fällen von doppelseitiger Orchitis — gemeint ist Epididymitis — nur neunmal die Rückkehr der Spermatozoen beobachten konnte. Auf der andern Seite fand der Verfasser selbst bei vier Fällen von Epididymitis blennorrhoica duplex die Wiedererscheinung lebender Spermatozoen. Die Bewegungslosigkeit der letzteren bei chronischen Prozessen des hinteren Urethralabschnitts erklärt Verfasser folgendermafsen: im normalen Zustand liegen die Samenkörperchen bewegungslos in den Vesiculae seminales und erlangen ihre Bewegung erst beim Zusammentreffen mit dem normalen Prostatasekret, dessen physiologische Wirkung auf seiner sauren Reaktion beruht. Sobald nun Eiter hinzutritt, wird die letztere neutralisiert und die Bewegungsfähigkeit der Spermatozoen in der Flüssigkeit ist verhindert. Auch Strikturen sind in hervorragendem Mafse für gewisse Fälle sexueller Impotenz verantwortlich zu machen. *Hopf-Dresden.*

Über blennorrhoische Conjunctivitis, von Ward A. Holden - New York. (*Med. News.* 1901. 18. Mai.) Kurze Anführung der wichtigsten therapeutischen Mafsnahmen, welche diese schwere Komplikation der Blennorrhoe erfordert. Im Anfangsstadium ist Kälteapplikation das wichtigste: der Patient mufs im Bette bleiben und Kompressen, mit Eiswasser durchtränkt, alle 1—2 Minuten, Tag und Nacht fortwährend aufgelegt werden. Aufserdem ist alle paar Minuten oder so oft es nötig ist, der Conjunctivalsack frei von Sekrete zu halten, wozu warme Bor- oder 1:2000 Kalium permanganicum-Lösung in das Auge mittelst Wattebäuschchen geträufelt wird; die Cornea ist wenigstens einmal täglich zu inspizieren und bei dem ersten Zeichen von Belag statt der kalten warme Aufschläge und Atropin anzuwenden. Statt der 1 bis 2%igen Argentum nitricum-Lösung, welche in Gebrauch genommen wird (1—2 mal täglich), sobald die Schwellung genügend abgenommen hat, wird in neuerer Zeit häufig Protargol in 20—40%ige Lösung ein- oder zweimal täglich instilliert; die 3—5%ige Lösung, auch öfters am Tage eingeträufelt, scheint nicht genügend stark zu sein und die vergleichende Statistik lehrt, dafs Protargol, in genügender Konzentration angewandt, die Krankheit in kürzerer Zeit und mit weniger Nebenwirkungen heilt als Argentum nitricum. Schliefslich hebt H. die Notwendigkeit eigener Spitäler für kontagiöse Augenkrankheiten hervor, da z. B. ein Patient mit blennorhoischer Conjunctivitis ununterbrochene Tag- und Nachtpflege braucht. *Stern-München*

Myositis blennorrhoica, von M. W. Ware-New York. (*Am. Journ. med. scienc.* Juli 1901.) Ein 35jähriger Mann, welcher sich zwei Monate vor der Aufnahme blennorrhoisch infiziert hatte und dabei aufser der Harnröhrenaffektion auch an Schmerzen im linken Knie gelitten hatte, klagte über intensive Schmerzen und Un-

beweglichkeit der Schulter. Temperatur unter 38°. In der Muskulatur der hinteren Achselfalte (Latissimus dorsi) fand sich ein wallnusgroſser Tumor. Zugleich wurde eine Urethritis posterior mit Gonokokken konstatiert. In der Meinung, einen Abscefs zu finden inzidierte Verfasser, fand aber keinen Eiter, sondern nur eine graulichе Verfärbung und Brüchigkeit der Muskulatur, aus welcher viel trübes Serum aussickerte. Die Schmerzen liefsen sofort nach der Incision nach, Heilung der Wunde erfolgte aber erst in sechs Wochen. Deckglaspräparate mit dem Serum ergaben ganz spärlich Gonokokken; Kulturen auf Zucker-Agar und Zucker-Bouillon fielen negativ aus. In einem Stückchen excidierten Muskel fanden sich bei interstitieller Entzündung und trüber Schwellung eine reichliche Aussaat von Gonokokken. Die Färbung der Celloidinpräparate war mit Karbolfuchsin unter 36stündigem Aufbewahren im Thermostat erfolgt. In der Litteratur hat Verfasser nur drei Fälle von blennorrhoischer Myositis (Róna, Eichhorst und Treves) gefunden, die aber nur klinisch beobachtet wurden und nicht alle ganz einwandsfrei sind. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Meningitis blennorrhoica, von Carl Hoening-Hoboken. (*New York. med. Wochenschr.* 1901. No. 6.) Ein 32jähriger kräftiger Arbeiter bekam während einer fünf Wochen alten Blennorrhoe unter Fieber eine Coxitis. Am vierten Tage, als sich die Coxitis bereits gebessert, das Fieber vermindert hatte, stellten sich Erbrechen, Kopfschmerzen, Opisthotonus ein; die Temperatur stieg wieder, der Puls wurde frequent. Der Kranke starb nach 36 Stunden. In der während des Lebens entnommenen Spinalflüssigkeit fanden sich Diplokokken in Eiterzellen, die Methylenblau schnell annahmen, sich wie frische Gonokokken färbten. (Da die Färbung der Gonokokken nach Gram nicht versucht ist, da Kulturen nicht angelegt sind, beweist der Befund nichts für die blennorrhoische Entstehung der Meningitis, da gerade bei Meningitiden in der Spinalflüssigkeit Kokken gefunden sind, die den Gonokokken ungeheuer ähnlich sind. D. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Beteiligung der Uterusschleimhaut bei der Vulvovaginitis blennorrhoica der Kinder, von Gassmann. (*Correspondenzbl. f. schweizer. Ärzte.* 1901. No. 11.) Verfasser hatte bereits bei einer früheren Mitteilung, die sich auf die Beobachtung von vier Fällen stützte, die Ansicht geäufsert, dafs die Uterusschleimhaut bei den Kindern relativ selten blennorrhoisch erkrankt. Sieben weitere Fälle bringen ihm nun eine weitere Bestätigung seiner früheren Behauptung, indem unter diesen sieben Fällen nur bei einem Gonokokken im Cervikalsekret gefunden wurden.

C. Müller-Genf.

Die Behandlung der blennorrhoischen Vaginitis, von Robin und Dalché. (*Journ. d. pratic.* 1901. No. 28.) Darstellung der allgemein üblichen Behandlungsweise der blennorrhoischen Vaginitis mit Aufzählung der einzelnen gebräuchlichen Mittel. Nicht allgemein bekannt dürfte sein, dafs Landau für das akute Stadium die Anwendung von Bierhefe empfiehlt, besonders wenn vorher Leukorrhoe bestand. Landau löst in Malz oder Bier soviel Bierhefe auf, dafs eine sirupdicke Flüssigkeit entsteht; von derselben werden jeden zweiten oder dritten Tag 10—20 ccm in die Vagina injiziert, nach der Injektion wird ein Tampon eingelegt. Muner empfiehlt täglich zu wiederholende Ausspülungen mit Bierhefelösung. *Götz-München.*

Über die Prophylaxe der Tripperinfektion, von Thomas Marschalko-Klausenburg. (*Die Heilkunde.* V. 6.) Eine warme Empfehlung der Blokusewskyschen und Frankschen prophylaktischen Einträufelungen, für deren Ausführungen Verfasser seinen Apparat „Phallokos“ als geeignet empfiehlt. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Zur Prophylaxe der Blennorrhoe, von Ernst Frank. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1901. No. 31.) F. schildert unter Beifügung von Illustrationen seinen neuen Apparat zur prophylaktischen Einträufelung seiner 20%igen Protargolglycerinlösungen, denen er noch Sublimat (1 : 2000) zusetzt. Gleich wie Joseph, Caro, Kopp und andere hat er seit Einführung dieser Einträufelungen nach der Kohabitation glänzende Resultate zu verzeichnen. (Referent ist ebenfalls mit dieser Maßregel bei seinen Patienten sehr zufrieden.) Die Frankschen Apparate werden von der Viktoria- und der Oranienapotheke in Berlin hergestellt und als „Prophylaktol" in den Handel gebracht. (Preis? D. Ref.) *Bernhard Schulze-Kiel.*

Die Prophylaxis der Blennorrhoe, von J. Krausz. (*Gyógyászat.* 1901. No. 34.) Zur Verhütung der Infektion der Blennorrhoe konstruierte Verfasser ein kleines Injektionsinstrument, dessen Prinzip darauf beruht, daß man mit demselben in die Harnröhre ein Fett injiziert, welches noch eventuell mit einen schwachen, sauerreagierenden Antiseptikum vermengt werden kann, wodurch die Oberfläche der Harnröhre durch die eben herbeigeführte Befettung gegen das Eindringen von Flüssigkeiten geschützt ist. Das Instrument besteht aus einem Tubus in dessen Öffnung ein kurzes Röhrchen eingefügt ist, resp. dessen schraubenförmiger Hals zu einem glatten, rundendenden Röhrchen ausgezogen ist. Der Tubus ist mit Fett gefüllt. Vor dem Koitus wird das Röhrchen in das Orificium der Harnröhre eingeführt und durch einen einzigen Druck auf den Tubus eine genügende Menge des Fettes in die Harnröhre gepreßt. *A. Alpár-Alexandria.*

Die Behandlung des akuten Harnröhrentrippers, von Paul Bleicher. (*Wien. med. Wochenschr.* 1901. No. 14.) Die vom Verfasser in 300 Fällen erprobte Behandlung der akuten Blennorrhoe ist folgende: Zuerst 10 Tage Bettruhe mit Eisblase am Gliede, daneben intern 2,0 Bal. Copaivae pro die, reizlose Kost, besonders Milch. Vom 11. Tage kein Copaivbalsam mehr, dagegen Injektion von auf 25° erwärmter Lösung von Kalium permang. (1‰), eine Woche dreimal, dann viermal täglich. Vom 25. Tage ab Injektion eines erwärmten Zink-Alaun-Lösung (1 : 4 : 400). Gesamtbehandlungsdauer 32 Tage. (Wieviel Blennorrhoiker wären wohl zu einer zehntägigen Bettruhe zu bewegen?! D. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die moderne Behandlung der akuten Blennorrhoe, von G. Knowles Swinburne-New York. (*Med. News.* 1901. 18. Mai.) Swinburne hält in erster Linie das Mikroskop für unsere beste Hilfe bei der Blennorrhoebehandlung und in keinem Falle sollte die mikroskopische Untersuchung des Ausflusses unterlassen werden. (Methylenblaufärbung, Untersuchung ohne Deckglas mit Ölimmersion.) Bezüglich der eigentlichen Behandlung empfiehlt Verfasser im allgemeinen das Protargol aufs Angelegentlichste; bei der Beurteilung eines schon behandelten Falles sollte der Arzt stets im Auge haben, daß eine einzige Protargolinjektion ein Verschwinden der Gonokokken auf 24 Stunden und länger bewirken kann. Als Anfangsinjektion gebraucht Sw. eine halbe Spritze einer 2%igen Kokainlösung und eine halbe 2%ige Protargols und jedesmal wird die Menge Kokains vermindert und Protargol vermehrt, bis die volle Spritze 2%iges Protargols erreicht ist, wenn dies der Patient ohne besondere Reizung ertragen kann; die ersten 3—4 Tage wird zweimal pro Tag, dann einmal injiziert, in der zweiten Woche kommen mit Erfolg behandelte Fälle jeden zweiten Tag, in der dritten zweimal per Woche, in der vierten einmal, wobei es scheint, daß der Arzt selbst die Injektionen vornehmen und in der Zwischenzeit nichts geschehen soll. Am Ende der fünften Woche, wenn kein erneuter Ausfluß oder keine Gonokokken sich zeigen, läßt Sw. die Bierprobe machen, d. h. eine Woche

lang jeden Tag nach Belieben Bier trinken, dann wird der Ausfluſs wieder auf Gonokokken untersucht und nach weiteren 4—6 Wochen, was besonders wichtig ist, eine Schlufsuntersuchung vorgenommen. Der Eindruck, den Sw. von dieser Behandlungsart hatte, war, dafs dieselbe dem Patienten meist fast gar keine Beschwerden verursachte, ihn beinahe nicht zum Bewufstsein seiner Krankheit kommen liefs und dieselbe völlig verschwand, wenn sie in den ersten 24 Stunden zur Behandlung kam. Aber auch, wenn sie erst später in Behandlung genommen wird, beginnt Sw. stets mit der lokalen Therapie, ebenso, wenn der hintere Teil der Harnröhre ergriffen ist. Auch hier wählt er mit Vorliebe Protargol (allmählich von ½ auf 2% ansteigend) zu den Instillationen. Jedenfalls mufs der Patient instruiert werden, sechs Wochen nach Aufhören jeder Behandlung sich beim Arzte wieder vorzustellen; das Geheimnis derselben liegt für Sw. in der kompleten Beherrschung aller Details und der exaktesten Ausführung der Technik. Auf weitere Einzelheiten der Arbeit, wie die internen Mittel u. s. w., kann hier nicht eingegangen werden. Obwohl Sw. zu Beginn derselben eine Reihe von Autoren anführt, die sehr skeptisch über die Blennorrhoebehandlung sich äufsern, kann er, wie ersichtlich, keineswegs zu den Skeptikern gezählt werden. *Stern-München.*

Die moderne Behandlung des akuten Trippers beim Manne, von P. Thimm-Leipzig. (*Reichs Med.-Anz.* 1901. No. 15.) Die rein exspektative symptomatische Behandlung des Trippers unter Bettruhe, Diät und vermehrter Diurese kann, wenn auch vielfach von Erfolg, doch nicht allgemein empfohlen werden, weil nicht jeder Fall von Blennorrhoe dabei zur Heilung gelangt. Die interne Therapie stellt den Übergang von dieser Methode zur örtlichen Behandlung dar. Die Injektionen sollen entweder chemisch, mechanisch oder thermisch wirken. Die Anhänger der symptomatischen Behandlungsweise legen der spezifischen Wirkung der Injektionsflüssigkeiten geringen oder keinen Wert bei. Joos empfiehlt nur physiologische Chlornatriumlösungen, Kiss irgendwelche schwach differenten Lösungen. Callari und Noguès benutzen 40—43 gradige Einspritzungen von Wasser oder medikamentösen Lösungen. Von den spezifischen Injektionsmitteln hält Thimm neben dem Protargol das Ichthargan für das zweckmäfsigste. Gegen die terminalen Miktionsblutungen bei Erkrankung des hinteren Urethralabschnittes rät er Ergotin. (Ergotin. 1,0, Laudan. pur. 0,1, Sacch. alb. 2,0, M. f. pulv. Div. in part. aequal. X. S. 3stündlich 1 Pulver.) Die beste Therapie für die meisten Fälle von akutem und subakutem Tripper ist die Janetsche Spülbehandlung. *Hopf-Dresden.*

Die moderne Blennorrhoebehandlung, von Gerard Dalton-London. (*Edinb. med. journ.* Juli 1901.) Ohne wesentlich Neues zu bringen, läfst D. die jetzt üblichen Methoden der Behandlung akuter und chronischer Blennorrhoe Revue passieren. Für die erstere ist er Anhänger der Janetschen Irrigationen, macht jedoch das Zugeständnis, dafs es in der Praxis unmöglich sei, dieselben zweimal täglich auszuführen, und begnügt sich mit der einmaligen Anwendung; die Irrigation ist in Rückenlage des Patienten circa 14 Tage lang auszuführen, dann müssen leichte Adstringentien in Anwendung gezogen, auch innerliche Mittel, besonders Balsamica, noch verwandt werden. D. behauptet, dafs auf diese Weise die Blennorrhoe, wenn frühzeitig in Behandlung gekommen, in 3—4 Wochen zur Heilung komme, während bei den gewöhnlichen Einspritzungen die kürzeste Dauer des Leidens, die zu erhoffen sei, 5—8 Wochen betrage. Theoretisch erklärt er die gute Wirkung der Janetschen Irrigationen damit, dafs die verbrauchte Menge heifsen Wassers eine Art künstlichen Ödems der Urethra erzeuge, wodurch dieselbe zu einem ungünstigen Nährboden für die Gonokokken gemacht werde. *Stern-München.*

Die moderne Behandlung der chronischen Blennorrhoe und der Urethritis postblennorrhoica, von VALENTINE. (*Medical Record.* 1901. No. 26.) Verfasser betont vor allem die Notwendigkeit einer gut geleiteten und genügend lange fortgesetzten Behandlung der Blennorrhoe im akuten Stadium. Sodann ist die Hauptaufgabe des Arztes, nach Möglichkeit zu verhindern, dafs ein Individuum, das jemals eine Blennorrhoe gehabt, sich nicht verheirate, bevor er von seiner Affektion vollständig geheilt ist. Die Heilung läfst sich aber nicht blofs an der Thatsache konstatieren, dafs keine purulente Sekretion mehr besteht, der Urin nicht mehr trübe ist, sondern Gewifsheit erhält man erst nach einer gewissenhaften Untersuchung der Urethra und der Prostata mittelst Urethroskops. *C. Müller-Genf.*

Behandlung der blennorrhoischen Harnröhrenstriktur, von JAMES R. HAYDEN-New York. (*Med. News.* 18. Mai 1901.) Übersichtliche Darstellung der Strikturenbehandlung je nach den verschiedenen Teilen der Harnröhre: Meatus (meist Incision), Pars pendula, Pars bulbosa und bulbo-membranacea; bei beiden letzteren ist stets erst mit Dilatation zu beginnen, im äufsersten Falle Urethrotomia externa, welche letztere Operation mit Vor- und Nachbehandlung genau beschrieben ist. Fernere Behandlungsarten sind rapide Dilatation (bei nicht fibröser Striktur), kontinuierliche (bei dicken Strukturen), Elektrolyse, welche jedoch HAYDEN in keinem Falle empfehlen kann und Urethrektomie, welche für jene Fälle reserviert bleiben soll, wo in grofser Menge lokalisiertes und dichtes Bindegewebe um die Harnröhre herum vorhanden ist. *Stern-München.*

Über die Dilatation bei der chronischen Urethritis, von BASTIN-WILLIAMS. (*Policlinique.* 1901. No. 8 und 9.) Zu Dilatationskuren bei chronischer Urethritis werden in Frankreich zur Zeit noch fast ausschliefslich Metallbougies verwendet. Demgegenüber empfiehlt der Verfasser auf Grund eigener Erfahrungen die in Deutschland übliche, von OBERLÄNDER angegebene Art der Dehnung mittelst Dilatators und zwar speziell mittelst des KOLLMANNschen vierteiligen Dilatators. Im Gegensatz zu OBERLÄNDER hält BASTIN-WILLIAMS es für sehr wichtig, eine etwa bestehende Infektion der Harnröhre vor Beginn der Dilatationskur zu behandeln, gleichviel ob es eine blennorrhoische oder eine sekundäre Infektion ist. Allerdings lassen sich die Gonokokken nicht in allen Fällen durch Spülungen oder Instillationen zum Verschwinden bringen, sie weichen manchmal erst der Dilatationskur. *Götz-München.*

Ein neues Spülbecken für Harnröhren- und Blasenspülungen, von REINHOLD LEDERMANN-Berlin. (*Med. Woche.* 1901. No. 26.) Verfasser giebt ein mit beigefügten Zeichnungen anschaulich geschildertes praktisches Becken für JANETsche und Blasenspülungen an, welches die Beschmutzung des Patienten sicher verhindert, der Apparat wird vom Medizinischen Warenhaus, Berlin W., Friedrichstr. 108 geliefert. Leider steht der Preis nicht bemerkt. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Der Wert des Argentamin für die Behandlung blennorrhoischer Affektionen, von J. W. FRIESER-Wien. (*Ärztl. Centralstg.* Wien. 1901. No. 24.) Verfasser hat 86 Fälle von Blennorrhoe bei beiden Geschlechtern mit Argentamin behandelt und kommt zu dem Schlusse, dafs das Argentamin als ein ganz vorzügliches Antiblennorrhoicum gelten kann, welches in der Reihe der bisher bekannt gewordenen Silberpräparate einen hervorragenden Rang beanspruchen darf. Hoher therapeutischer Wert, Tiefenwirkung, Ungiftigkeit und relative Reizlosigkeit sind die Vorzüge des Mittels. *A. Loewald-Cassel.*

Zur Behandlung der Blennorrhoe mit Ichthargan, von M. Fürst. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1901. No. 14.) Verfasser hat 75 Fälle mit Ichthargan behandelt und ist mit den Erfolgen sehr zufrieden; verwendet wurden in akuten Fällen Lösungen von 0,05 : 200,0 bis 0,2 : 200,0, und zwar die schwächeren Lösungen nach den stärkeren, gewissermafsen zum Abgewöhnen; auch Guyonsche Instillationen, Blasenspülungen, Ichthargankakaobutterstäbchen kamen zur Anwendung und wirkten gut.

F. Hahn-Bremen.

Die Behandlung der Blennorrhoe durch häufige Irrigationen von physiologischer Kochsalzlösung, von Wooddruff. (*Medical Record.* 1901. No. 11, 16.) Verfasser ist der Ansicht, dafs bei den Irrigationen der Harnröhre in Fällen von Blennorrhoe die Lösungen mehr mechanisch, denn durch ihre antiseptischen Eigenschaften wirken. Er empfiehlt deshalb statt der zahlreichen Präparate, einfach physiologische Kochsalzlösung zu gebrauchen. Diese Irrigationen sollen alle Stunden unter mäfsigem Drucke und niemals ohne ärztliche Kontrolle vorgenommen werden. Die Gonokokken sollen nämlich nach den neuesten Forschungen äufserst giftige Toxine produzieren, welche durch die Kochsalzlösung aufgelöst und aus der Blase gespült werden.

C. Müller-Genf.

Die Behandlung der Blennorrhoe mit Acidum picricum, von H. de Brun-Beirut. (*Journ. d. pratic.* 1901. No. 24.) Der Verfasser hat mehrere Fälle — die Zahl wird nicht genauer angegeben — von akuter wie von chronischer blennorrhoischer Urethritis der Pars anterior mit Einspritzungen von Pikrinsäurelösung behandelt und damit überraschend günstige Resultate erzielt; auch in ganz veralteten Fällen trat schon nach 4—5 Tagen definitive Heilung ein. In einzelnen Fällen versagte allerdings auch die Pikrinsäure. Zur Verwendung kamen ½—1%ige Lösungen, eingespritzt wurden 2—3 mal täglich 5—6 ccm, die jedesmal drei Minuten lang in der Harnröhre zurückgehalten wurden. Die Injektionen verursachten in den meisten Fällen ziemlich heftige Schmerzen. — Auch bei Balanitis ergab die Anwendung ½%iger Pikrinsäurelösung in Form von Waschungen oder, bei Phimose, in Form von Injektionen zwischen Präputium und Glans vorzügliche Resultate.

Göts-München.

Wirkung des Protargols bei der Blennorrhoe, von Strano. (*Morgagni.* 1901. No. 6.) Nach den Untersuchungen des Verfassers hat das Protargol die Eigenschaft, die eitererregende Wirkung des Neisserschen Gonococcus abzuschwächen und zu vernichten. Die Konzentration der Lösung soll 8%, bei normaler Temperatur und 6% bei 45° C, betragen, wenn das obengenannte günstige Resultat erzielt werden soll.

C. Müller-Genf.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Grundsubstanz, Intercellularsubstanz und Kittsubstanz, von Josef Schaffer-Wien. (*Anat. Anz.* 1901. No. 3/4.) Die Kittsubstanz hat, was auch ihre weitere Entwickelung und Bestimmung sein möge, stets das Gemeinsame, dafs sie geformte Gewebselemente zuerst als weiche Masse, die wahrscheinlich für die Fortleitung der Ernährungssäfte eine Rolle spielt, verbindet oder anderen Elementen und Geweben gegenüber abgrenzt. „Sie bildet einen wichtigen Bestandteil der Grund- oder Intercellularsubstanzen, erreicht manchmal sogar eine gewisse Selbständigkeit und mufs daher als besonders unterschieden werden."

Hopf-Dresden.

Mikroskopische Technik.

Über den Chemismus der Elastinfärbung und seine praktische Anwendung auf Sputumpräparate, von MICHAELIS. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1901. No. 14.) Verfasser stellte Versuche mit der WEIGERTschen Elastinfärbung an, indem er die drei Komponenten des Farbstoffes (Fuchsin, Resorcin, Eisenchlorid) gegen andere ähnliche Körper vertauschte. Auch so erhielt er gute Präparate. Es gelang ihm so auch der Nachweis von elastischen Fasern in Sputumpräparaten mit grofser Sicherheit, so dafs die Methode als diagnostisches Hilfsmittel bei der Initialtuberkulose von Wert ist. *F. Hahn-Bremen.*

In der medizinischen Sektion der schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur (*Allg. med. Centralztg.* 1900. No. 88) berichtete PLATO über eine **neue Gonokokkenfärbung**. Wenn man auf einem Objektträger ein Tröpfchen blennorrhoisches Urethralsekrets mit einer Spur Neutralrot in Substanz oder in physiologischer Kochsalzlösung vermischt, so findet man bei der Untersuchung eine Anzahl Gonokokken tief fuchsinrot gefärbt, während das Gesichtsfeld im übrigen farblos erscheint. UHMA, der zuerst auf diese Färbung aufmerksam machte, glaubt, dafs es sich um eine gewisse Spezifizität des Neutralrots für die Gonokokken handele. Das ist aber nicht richtig, die Färbung gehört vielmehr in das Gebiet der vitalen Leukocytenfärbung. Es färben sich nämlich mit Neutralrot solche Substanzen eiweifsartiger Natur, welche durch Phagocytose in lebende Leukocyten aufgenommen worden sind. Demnach färben sich ebenso wie die Gonokokken auch andere Mikrobien und sonstige Gebilde eiweifsartiger Natur, wenn sie in lebende Leukocyten aufgenommen sind. Da das Leben der einschliefsenden Leukocyten eine Hauptbedingung für das Zustandekommen der Färbung bildet, ist naturgemäfs der praktische Wert der Methode ein beschränkter. Am besten dürfte sie sich neben den gebräuchlichen Methoden für solche Fälle eignen, in denen es sich um die Auffindung eventuell vorhandener vereinzelter Gonokokken handelt. *Göts-München.*

Hygiene.

Alkohol und venerische Krankheiten, von AUGUST FOREL. (*Wien. med. Wochenschr.* 1901. No. 16.) Der bedeutende und geistvolle Kämpfer gegen den bösen Alkoholismus versucht hier an der Hand einer kleinen Statistik die Beziehungen des Alkohols zu den venerischen Krankheiten darzulegen. Sind die Zahlen auch nur klein, so geht doch aus ihnen hervor, dafs, wie die alltägliche Erfahrung lehrt, der Alkohol bei der Verbreitung der venerischen Krankheiten eine sehr grofse Rolle spielt. Der mäfsig angetrunkene Mensch fällt leichter der Prostitution in die Arme, verliert seinen sittlichen Halt, wird unüberlegt und unvorsichtig. So wird denn ein sehr grofser Teil der Infektionen vermittelt durch den Unglückstifter Alkohol. Will man, so führt Verfasser aus, die Göttin Venus rein erhalten, dann mufs man sie vom Bachus trennen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Reflexionen über die Prophylaxe der venerischen Krankheiten. Ein Nachklang zur Brüsseler Konferenz, von THOMAS v. MARSCHALKÓ-Klausenburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1901. No. 21.) Der Verfasser, der in der Prostitutionsfrage auf dem Standpunkt der Reglementaristen steht, ist mit den Ergebnissen der Brüsseler Konferenz vom Jahre 1899 nicht zufrieden. Insbesondere bedauert er, dafs die Reglementaristen ihren Standpunkt den Abolitionisten gegenüber nicht energisch genug

verteidigten. Wenn auch zuzugeben ist, dafs die gegenwärtigen Systeme der Reglementierung der Prostitution schlecht und fast wirkungslos sind, und dafs andererseits auch von einer gründlich vervollkommenten Kontrolle der Prostitution allein nicht alles Heil zu erwarten ist, so hätte doch betont werden müssen, dafs eine bessere Kontrolle unbedingt auch bessere Erfolge aufweisen würde. In objektiver Würdigung der zur Zeit gegebenen Verhältnisse kommt der Verfasser zu folgenden Sätzen: Das gegenwärtige System der Reglementierung der Prostitution kann und wird für die Prophylaxe der Syphilis keinen nennenswerten, für die des Trippers gar keinen Erfolg aufweisen. Für eine Verbesserung oder gar gründliche Umgestaltung der Reglementierung — davon hat uns die Brüsseler Konferenz überzeugt — ist gar keine Aussicht vorhanden. Vermutlich wird es sogar den Abolitionisten in nicht sehr langer Zeit gelingen, selbst die noch bestehenden Reglements, die ohnedies zum grofsen Teil nur mehr scheinbar existieren, aufzuheben. Deshalb ist es höchste Zeit, die Prophylaxe der venerischen Krankheit auf eine gesundere Basis zu stellen, indem das Hauptgewicht auf die individuelle Prophylaxe gelegt und das Publikum belehrt wird, wie jeder sich selbst vor venerischen Erkrankungen schützen soll. *Göts-München.*

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Haut.

Über Autointoxikationen gastrointestinalen Ursprungs, von J. M. Zypkin-Moskau. (*Med. Woche.* 1901. No. 30 u. 31.) Unter Autointoxikationen gastrointestinalen Ursprungs sind diejenigen Fälle zu verstehen, in denen bei normalem Stoffwechsel im Magendarmkanal infolge abnormer Zersetzungsprozesse fremdartige, giftige Substanzen in einer solchen Quantität gebildet werden, dafs sie pathologische Erscheinungen hervorrufen. Als Ursachen der Autointoxikation können auch normale Produkte der Verdauung dienen. Für den Dermatologen kommt dabei die Empfindlichkeit der Haut gegen den Einfluſs der Autotoxine in Betracht. Bei gastro-intestinalen Störungen werden besonders häufig Erythem in allen seinen Formen (E. multiforme, nodosum, exudativum u. s. w.) und Urticaria beobachtet, ebenso Pruritus, während die Beziehung zur Dermatomyositis acuta noch streitig ist. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Gewisse Hautkrankheiten und einige ihrer Komplikationen, von J. Frank-Wallis-Philadelphia. (*Internat. med. Mag.* März 1901.) Kurze Mitteilung einiger Fälle von gleichzeitigem Vorkommen mehrerer Hautleiden (Herpes tonsurans mit Syphilis, Impetigo contagiosa mit Herpes zoster und Pityriasis versicolor), sowie von Komplikation innerer Leiden mit Hautaffektionen (Influenza mit Erythema exsud. multif,, Chlorose mit Pityriasis versicolor). *A. Loewald-Cassel.*

Die Probe des Vesikators, von H. Roger und O. Josué. (*Presse méd.* 1901. No. 37.) Die histologische Untersuchung des Inhalts von artefiziellen durch Vesikatorien hervorgerufenen Blasen ergiebt eine Suspension ziemlich zahlreicher Zellen. Beim gesunden Menschen ist deren Zahl beträchtlich, es sind polynukleäre eosinophile Zellen. Bei Patienten, die an infektiösen Krankheiten leiden, nimmt deren Zahl ab beziehentlich fehlen sie gänzlich, um beim Sieg des Organismus über die Noxe wieder zu erscheinen. Diese Eigentümlichkeit des Serums der Vesikatorenblasen kann als wertvolle Probe für den Stand einer Infektion des Körpers dienen und für den Einfluſs, den das toxische Element einer Krankheit auf das hämatopoetische System (Rückenmark) ausübt. Die Verfasser geben eine Übersicht ihrer Befunde des Inhalts von Zugpflasterblasen bei Tuberkulose, Erysipel und anderen Leiden. In einem speziellen

Falle konnten sie aus den Resultaten ihrer Untersuchung auf eine latente Lungentuberkulose schliefsen, eine Angabe, die den Wert der Methode zu beleuchten im stande ist. *Hopf-Dresden.*

Untersuchung über die Neubildung elastischer Fasern, besonders in dem Stroma von Carcinomen, von Herbert U. Williams-Buffalo. (Julius Hopkins Hospitals Reports. Vol. IX.) Verfasser hat eine gröfsere Zahl von Carcinomen, verschiedenen Organen entstammend, daraufhin untersucht, ob das fibröse Gewebe, das das Stroma der Tumoren bildet, neugebildete elastische Fasern enthält oder nicht Er kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Wenn das Carcinomstroma selbst zur Neubildung gehört, ist es gewöhnlich frei von elastischen Fasern.

2. Neugebildete elastische Fasern können in dem Stroma vorkommen, wenn auch selten, und sind dann meist dünn und spärlich.

3. Die Tumoren, in denen neugebildete elastische Fasern vorkamen, enthielten entweder reichlich bindegewebiges Stroma oder die neugebildeten Fasern standen in Verbindung mit präexistierenden elastischen Elementen des Mutterbodens.

A. Loewald-Cassel.

Die elastischen Fasern in den Tumoren, von Collina. (*Morgagni.* 1901. No. 6.) Abgesehen von den Fibromen, wo man Spuren von neugebildeten elastischen Fasern konstatiert hat, ist die Zerstörung dieser letzteren bei allen anderen Tumoren und zwar noch mehr bei den conjunctivalen als bei den epithelialen, die Regel. Diese Zerstörung ist eine direkte Folge des Eindringens der neugebildeten Zellen in das elastische Fasergeflecht, das auf diese Weise verdrängt, desorganisiert und zerrissen wird, so dafs es der vollständigen Zerstörung anheimfällt. *C. Müller-Genf.*

Über den physiologischen Jodgehalt der Zellen und der Gewebe hielt J. Justus einen Vortrag in der k. ungar. Ärztegesellschaft (Sitzung am 25. Mai 1901; *Orvosi-hetilap* 1901. No. 25). Die Thallosalze geben selbst mit den verdünntesten Lösungen der Jodide bereits einen reichlichen gelben Niederschlag, welcher im Wasser beinahe ganz unlöslich ist, und sich selbst in dem Überschufs einer der Reagentien nicht löst. Die Thallosalze verhalten sich den Jodidlösungen gegenüber derartig empfindlich, dafs man nach Behrens noch 0,17 μ Gramm nachweisen kann. Die Chemiker empfehlen das Thallium zur quantitativen Bestimmung des Jodes, und indem der Niederschlag unter dem Mikroskope sich als grüngelbe oder selbst als schwärzliche feine punktförmige Quadrate zeigt, daher sehr leicht aufzufinden sind, und nachdem derselbe in Alkohol unlöslich ist, daher auch die ausgeschnittenen Gewebestücke gehärtet und in Alkohol aufbewahrt werden können, zeigte sich dieses Reagens als das geeigneteste zum Nachweise des Jodes in den Geweben. Wenn nun trotzdem in den Geweben des Jodbehandelten keine Jodide nachzuweisen sind, hat das seine Ursache darin, indem entweder in dem ausgeschnittenen Syphilide kein Jod enthalten ist, oder ist das darin enthaltene Jod in einer solchen Mischung enthalten, von der das Thallonitrat das Thallojodid nicht fällen kann. Es ist ja eine bekannte Sache, dafs in jenen chemischen Verbindungen, welche keine Elektrolyten sind, welche daher in Lösungen sich nicht in ihre Jone spalten, das enthaltene Jod mit den gewöhnlichen Reagentien nicht nachweisbar ist. So z. B. kann im Jodoform die Jodprobe mit keinem der obengenannten Reagentien gemacht werden. Wenn daher das Jod in den Geweben als nicht Elektrolyt vorhanden ist, so mufs dasselbe erst von seiner Verbindung frei gemacht werden, um mit den Reagentien wirken zu können. Zu diesem Zwecke eignet sich am besten das Chlor, welches das Jod aus seiner Ver-

bindung leicht verdrängen kann. Diese der Chlorwirkung ausgesetzten und in die Thallosalze übertragenen Gewebsschnitte werden nach einigen Minuten hellgelb, später dunkelgelb, bis selbst braungelb.

Schnitte von solchen Tertiärsyphilitischen, die einige Tage oder längere Zeit hindurch Jodkalium genommen haben, zeigen mit dem eben geschilderten Verfahren die angegebenen Verfärbungen. Bei schwacher Vergrößserung kann man in den in Glycerin gebettenen Schnitten sehen, daſs die gelblich-braune Vertärbung keine diffuse ist, sondern sich auf bestimmte Formelemente beschränkt. Bei stärkerer Vergrößserung zeigt sich, daſs in den Schnitten überall die Kerne gelblich-braun gefärbt sind; sowohl die Kerne der Bindegewebszellen, als auch die Kerne der ersten Epithelreihen sind am besten gefärbt, die der Oberfläche näher gelegenen Epithelschichten sind diffus gefärbt, die obersten zeigen sich bereits als hellgelbe Zone. Auffallend ist es, daſs nicht die durch Syphilis verursachten Gewebselemente, also nicht die eigentlichen Elemente der Neubildung, in erster Linie oder in der größten Menge das Jod enthalten, sondern gerade jene Zellen, welche physiologisch sind. Nachdem in nicht genügender Weise zu beweisen war, warum die Kerne der physiologischen Zellen Jod enthalten, wurde zur Klärung dieser Frage ein solches Organ untersucht, von welchem bekannt ist, daſs es unter physiologischen Verhältnissen Jod enthält und zwar die Schilddrüse. Menschliche Schilddrüsen mit obigen Reagentien behandelt zeigen bei der mikroskopischen Untersuchung, daſs in jedem Kerne der Epithelzellen Thallojodid vorhanden ist, in groſsen Quantitäten hauptsächlich in jenen Zellen, welche der äuſseren Grenze des Follikels näher liegen, weniger im Plattenepithel, aber auch in dem die Follikel ausfüllenden Kolloid ist es nachzuweisen; nebst dem auch in den Wandungen der Blutgefäſse und in den Kernen der Bindegewebszellen. Seine weiteren Untersuchungen erstreckten sich auf die Hypophysis, und konnte ebenfalls in den Kernen der epitheloiden und bindegewebsförmigen Zellen das Thallojodid nachgewiesen werden. Dasselbe wurde nun auch in den Zellkernen der übrigen Organe, Milz, Leber, Nieren, Prostata, Magen, Gedärme u. s. w. leicht nachgeweisen. Die Schluſsfolgerung seiner Untersuchungen können nun im folgenden aufgestellt werden: Nicht nur in jedem Organe, sondern in jeder der den Organismus bildenden Zellkerne, so auch in einzelnen Organen auch auſserhalb deren Kerne (Schilddrüse, Hypophysis, Haut) ist das Jod nachzuweisen und vorhanden.

A. Alpár-Alexandrie.

Auf welchem Wege gelangt bei der Einreibungskur das Quecksilber in den Körper? von Juliusberg. (*Allg. med. Centralstg.* 1901. No. 19 u. 20.) J. hat durch schöne, chemisch-physiologische Versuche, teils an Hunden, teils an Menschen, mit Sicherheit festgestellt, daſs zwar eine Resorption von Hg durch die normale Haut erfolgt, daſs aber der Hauptanteil des Quecksilbers bei der Schmierkur auf dem Lungenwege, also durch Einatmung in den Organismus gelangt. Die Versuche werden im Archiv veröffentlicht werden. — In der Diskussion weist Neisser auf die praktische Verwertung dieser Versuche hin. Wenn das Hg bei der Schmierkur hauptsächlich inhaliert wird, so müssen die Bedingungen während der Kurzeit so getroffen sein, daſs erstens das Quecksilber reichlich abdunsten kann, zweitens für eine reichliche Einatmung der Dämpfe seitens des Kranken gesorgt ist. Es wäre aber falsch, auf die perkutane Resorption des Medikamentes zu verzichten, wie das bei der Welanderschen Kur mit Hg-Säckchen und den Merkolintschurzen Blaschkos geschehe. Für wirklich energische Kuren in ernsten Fällen reichen diese Methoden nicht aus; sie behandeln nur Symptome, aber nicht die Syphiliskrankheit selbst. Neisser verlangt gründliche Einreibungen und einen mindestens 16—18stündigen Aufenthalt im gewärmten Zimmer mit möglichst langer Bettruhe. Durch geeignete Maſsnahmen

mafs für Zunahme des Körpergewichtes und Vermeidung von Stomatitis gesorgt werden. Injektionskuren wendet Neisser an, wenn die Inunktionen nicht sorgsam durchgeführt werden können. — Chotzen wendet sich gleichfalls gegen die von Welander und Blaschko eingeführten Modifikationen der Einreibungskur. Um das Hg nach Möglichkeit auszunutzen, müsse häufiger Wäschewechsel sowohl wie häufiges Baden während der Einreibungskur vermieden werden. Die Wäsche saugt einen nicht unbeträchtlichen Teil der Salbe auf und entzieht ihn dem Organismus. Ebenso zerstört das Bad die Hg-Dunstwolke, in der sich der Kranke befindet, und entfernt das Hg-Depot der Körperoberfläche vor seiner völligen Ausnutzung. Chotzen empfiehlt daher Wäschewechsel in 14tägigen Zwischenräumen und ein Bad nach je fünf Einreibungen. — Eine Anfrage Hamburgers, ob die guten Erfolge der Einwicklungen in Hg-Pflaster bei der Behandlung der kindlichen Lues auf Inhalation oder auf Resorption von der Haut zurückzuführen sind, beantwortet Juliusberg dahin, dafs durch das Pflaster die Haut maceriert wird und daher wohl im stande ist, gröfsere Hg-Mengen durchzulassen. — Lorwenhardt führt aus, dafs die Inunktionskur, wenn sie den Kranken den gröfsten Teil des Tages im Zimmer zurückhält, die natürlichen Heilfaktoren nicht voll zur Wirkung gelangen lasse. Er hält deshalb an der Injektionskur fest. — Unthoff regt die Frage an, ob bei der starken Verdunstungsfähigkeit des Quecksilbers eine gewisse Gefahr der Hg-Einatmung für das die Einreibungen ausführende Wartepersonal und für die in demselben Raume liegenden Kranken bestehe. Juliusberg erwidert, dafs thatsächlich bei derartigen Personen die Resorption und Elimination von Hg nachgewiesen worden ist. Die Mengen seien aber sehr gering und eine gewisse Gefahr bestehe nur dann, wenn die betreffenden Personen an einer hochgradigen Hg-Idiosynkrasie litten. — Scholtz betont, dafs auch jetzt, nachdem die vorwiegend inhalatorische Wirkung der Schmierkur festgestellt worden ist, auf eine gründliche Einreibung und Verteilung der Salbe nicht verzichtet werden darf. Der Wert einer sorgfältigen Verreibung besteht erstens darin, dafs die Hg-Kügelchen von ihrer Fetthülle befreit werden und die Verdunstung dadurch wesentlich befördert wird, und zweitens darin, dafs durch das Einpressen der Salbe in die Follikel hier ein noch längere Zeit wirksames, d. h. allmählich verdunstendes Hg-Depot gebildet wird. Aufserdem ist gerade während der Verreibung die Verdunstung eine besonders lebhafte. — Robert Asch spricht sich für die Wiederaufnahme der Inhalatorien aus; der Aufenthalt in einem mit Hg-Dämpfen erfüllten, sonst aber hygienisch eingerichteten Raume während einer vorgeschriebenen Zeit sei doch entschieden der Schmierkur mit all ihren Mängeln vorzuziehen. A. bedauert aufserdem, dafs die Nützlichkeit der chronisch-intermittierenden Behandlung gerade in Breslau, am Platze der Wirksamkeit Neissers nicht genügend anerkannt und verwertet wird. — Neisser entgegnet, er sei nach wie vor von den segensreichen Wirkungen der chronisch-intermittierenden Behandlung überzeugt, könne aber nicht verschweigen, dafs immer wieder gewichtige Stimmen für die ausschliefslich symptomatische Therapie der Syphilis eintreten. Mit aller Entschiedenheit wendet sich Neisser gegen die Wiederaufnahme der Inhalatorien, da sie nur eine verhältnismäfsig kurze Einwirkung der Hg-Dämpfe ermöglichen; auch will er nicht auf die Ausnutzung des perkutan eindringenden Quecksilbers verzichten. Alle gegen die Syphilis gerichteten Behandlungsbestrebungen müfsten so energisch und ausgiebig, wie nur irgend möglich, gemacht werden; dabei könne der Allgemeinzustand des Kranken nach jeder Richtung berücksichtigt werden. *A. Loewald-Cassel.*

Über die Schorfbildung nach Injektionen von Quecksilbersalzen, von Casoli. (*Gazetta degli Ospedali e delle Cliniche.* 1901. No. 63.) Verfasser glaubt, dafs diese Schorfe infolge einer Läsion von Arterien, Venen oder Nerven entstehen.

In dem vom Verfasser beschriebenen Falle scheint diese Ansicht in der Thatsache eine Unterstützung zu finden, daſs sämtliche Injektionen, welche in einer Gegend gemacht worden waren, die durch zahlreiche Verästelungen des Ischiadicus innerviert wird, zu Schorfbildung führten. *C. Müller-Genf.*

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Die Verwendung von Spannungselektricität zur Behandlung von Hautkrankheiten, von Leopold Freund. (*Klin. therap. Wochenschr.* 1901. No. 32.) Die statische Elektricität, die Induktions- und die Wechselströme haben das gemeinsame, daſs bei ihnen eine starke Spannung der Elektricität zur Geltung kommt, d. h. die Elektricität hat das Bestreben, sich von dem elektrisierten Körper zu entfernen. Bei allen in der Dermatotherapie verwendeten neueren elektrischen Methoden handelt es sich um die Funkenentladung, die durch entsprechende Vorrichtungen in stille Entladung, „elektrischen Wind" übergeführt wird. Die gebräuchlichen Apparate sind: Reibungselektrisiermaschine, Influenzmaschine, Ruhmkorffscher Induktor. — Physiologisch wirken Faradisation, Franklinisation, Hochfrequenzströme auf die Haut in sehr ähnlicher Weise: Es entsteht Anämie, der später Hyperämie folgt; ferner bildet sich Cutis anserina. Die Hautsensibitität wird erheblich gesteigert, die Schmerzempfindung herabgesetzt. Papeln, Quaddeln, selbst Blasen können entstehen. — Die unipolare Entladung hochgespannter Induktionsströme erzeugt durch Funkenschlag eine Quaddel; bei längerer Anwendung stiller Entladungen wird die Haut rötlich, später cyanotisch, turgescent ödematös. Die Deckhaare fallen bei Kaninchen und Meerschweinschen aus, die büschelig geballten Wollhaare bleiben länger zurück. Die Applikation von Funkenschlägen bewirkt erstens Austrocknung, zweitens Erwärmung und dadurch Entwickelungshemmung von Mikroorganismen. Wahrscheinlich wirkt auch eine elektrolytische und mechanische Aktion mit, auch den intensiven chemischen Lichtstrahlen, dem entstehenden Ozon, der elektrischen Strömung kommt eine Bedeutung sicherlich zu. — Klinisch sieht man eine günstige Beeinflussung von Geschwüren, die austrocknen und sich reinigen; auch lupöse zeigten deutliche Tendenz zur Benarbung. Ein Ulcus molle wurde nicht in auffälliger Weise beeinfluſst. Eine bemerkenswert gute Wirkung bei Alopecia areata, wie sie andere Autoren melden, hat Verfasser nicht gesehen. — Manche haben hypertrophische Prozesse und Lupus erythematodes unter Spannungselektricität heilen sehen. Gut wirkte diese bei Pruritus und pruriginösen Affektionen, und auch zur Haarentfernung. Bei der Methodik muſs man die lokale und allgemeine Applikation unterscheiden. Die statische Elektricität wird angewendet als statisches Bad (der Kranke wird, auf einem Isolierschemel sitzend, mit dem positiven Pol verbunden), als elektrisches Luftbad (dem auf dem Isolierschemel sitzenden Kranken nähert der Arzt die mit Spitzen armierte Elektrode), als stille Entladung resp. Franklinsche Büschel (die am Konduktor sich ansammelnde Elektricität wird durch bürstenartige Auslader dem Kranken sehr stark genähert), als elektrische Reibung (eine mit einem Konduktor in Verbindung stehende, bewegliche Kugel wird längs der Körperoberfläche geführt), oder als Funkenentladung mittelst Spitzen- oder Kugelelektrode. — In gleicher Weise beschreibt Verfasser die Applikation der Hochfrequenzströme nach d'Arsonval (Autoconduktion, Kondensation, bipolare Applikation), die 2—3 mal wöchentlich 10 bis 15 Minuten vorgenommen wird, und die Anwendung der Ruhmkorffschen Induktorien. Bei Hautleiden ist die lokale Applikation die wirksame. Nebenwirkungen kommen abgesehen von leichten Reizerscheinungen kaum vor. — Die Spannungselectricität bildet auch einen Faktor in der Röntgentherapie. Von den angeführten

Beweisen sei hier nur erwähnt, dafs, wenn man bei Hypertrichosis beider Wangen eine mit Spannungselektricität und Röntgenstrahlen, eine nur mit letzteren behandelt, die Haare hier später sich lockern als dort. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Erfahrungen über die therapeutische Wirkung der Elektricität und der X-Strahlen, von Ehrmann. (*Wien. med. Wochenschr.* 1901. No. 30.) Die geringste Wirkung der Röntgenstrahlen auf die Haut ist das Erythem. Die Hyperämie wird durch direkten Einfluſs auf die Kapillaren erzeugt. Es folgt Austritt von Blutkörperchen durch Diapedese und Blutplasma mit gelblicher, später gelbbräunlicher Hautfärbung durch Hämosiderinablagerung. Die Haare fallen aus, sie kommen aber wieder. Ja es können die Strahlen mitunter Haarneubildung anregen durch Reizung regenerationsfähiger Haarpapillen. Im zweiten Stadium der Reizung entsteht eine tiefere Infiltration; die Regeneration ausgefallener Haare erfolgt langsamer. Die Wirkung der Radiotherapie bei parasitären Follikulitiden ist bei fortgesetzter Behandlung eine gute. Die Sycosis scleroticans (Dermatitis papillaris) ist nur durch Elektrolyse oder Radiotherapie heilbar. Für die Sycosis hyphogenes ist die Kataphorese vorzuziehen, für die Sycosis congenes die Radiotherapie. Bei Hypertrichosis kehren die durch Bestrahlung ausgefallenen Haare fast stets wieder. Wo die Papille zur Atrophie gebracht wird, bilden sich auch atrophische Hautstellen. Die elektrolytische Zerstörung der Haarpapillen wie der Naevi ist sicher begrenzt und daher der radiotherapeutischen vorzuziehen. Auch läſst der elektrolytisch zerstörte Naevus keine Narben zurück. Nur wo Hypertrichosis oder Naevi sehr ausgebreitet sind, wird man zur Radiotherapie greifen; an die Möglichkeit von Geschwürsbildung und ausgedehnter Braunfärbung wird man denken müssen. Beim Lupus leistet die Radiotherapie sehr gutes, da sie das lupöse Gewebe elektiv zerstört. Verfasser schickt eine Behandlung mit 33⅓% Resorcinpaste voraus. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Verwendung der Röntgenstrahlen in der Medizin, von Immelmann-Berlin. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1901. No. 31.) In der dermatologischen Therapie eignen sich die Röntgenstrahlen bei Lupus besonders bei ausgedehnten Affektionen und bei Psoriasis, wo nach Immelmanns Bericht durchschnittlich 6—10 Sitzungen zur Heilung genügen. Auch Sycosis und Favus werden günstig beeinfluſst. Dermatologisch enthält die Arbeit nichts Neues. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Radiotherapeutische Erfahrungen, von Hermann Benedikt. (*Wien. med. Wochenschr.* 1901. No. 11.) Bei der Verwendung der Röntgenstrahlen zur Epilierung muſs man beachten, dafs blonde Haare viel schneller ausfallen, und die blonde Haut viel empfindlicher ist und daher leichter eine Dermatitis entsteht. Wichtig ist auch, an welchem Körperteil die Haare zu entfernen sind; die Epilation erfolgt am schnellsten an den Wangen, dann folgen Kinn, Hals, Brust, Rücken, Extremitäten. Ist die Haut früher schon viel behandelt oder rasiert, dann tritt eine Dermatitis leichter ein, ebenso bei jeder gegen Witterungseinflüsse sehr empfindlichen Haut. Beobachtet man bei der Radiotherapie die Haut genau, dann kann eine Schädigung kaum eintreten. Sobald eine leichte Dermatitis in Form einer gewissen Rot- oder Braunfärbung der Haut beginnt, muſs die Behandlung sistiert werden; der Haarausfall sistiert dann. Gewöhnlich bedarf es 25—100 Sitzungen bei Verwendung ziemlich hochgespannter Ströme.
Jessner-Königsberg i. Pr.

Aktinotherapie bei Hautkrankheiten, von William S. Gottheil-New York. (*Med. News.* 6. Juli 1901.) In dieser „vorläufigen Mitteilung" beschreibt G. ein ziemlich vereinfachtes Instrument zur Lichtbehandlung, welches im Gegensatz zu dem

komplizierten Armatarium von Finsen durch Vermehrung der angewandten Ampère-Stärke und Konzentrierung aller brauchbaren Strahlen auf die zu behandelnde Fläche genügende Stärke besitzt, so dafs nur jeden zweiten Tag halbstündliche Sitzungen nötig waren. Das von Kliegl Brothers in New York hergestellte und Aktinolyt genannte Instrument besteht im wesentlichen aus einem Bogenlicht mit den notwendigen Beigaben zur automatischen Wirkung, in eine eiserne Hülse eingeschlossen; ein in der Verlängerung derselben angebrachter Doppeltkonvex-Kondensator und eine Doppeltkonvexlinse dienen dazu, eine Lichtmenge von jeder Stärke leicht zu erzielen. Die eiserne Hülse ist so eingerichtet, dafs sie nach jeder Richtung hin leicht dirigiert werden kann und mit Genauigkeit auf die zu behandelnden Teile einzustellen ist. Zur Abhaltung der Hitzestrahlen ist zwischen Konvexlinse und Hülse eine, am besten mit einem Strom kalten Wassers stets sich füllende, Zelle angebracht. Es kann entweder der kontinuierliche oder der Wechselstrom von 25—50 Ampère, was einer konzentrierten Lichtstärke von 20—60 Tausend Kerzen entspricht, angewandt werden. Die Vorteile dieser Methode sind konservatives Verfahren, Schmerzlosigkeit und besonders das Ausbleiben jeder Dermatitis. Ihr Anwendungsgebiet sind, wie G. glaubt, alle Hautaffektionen mit parasitärer Grundlage, wie Lupus vulg., Lupus erythemat., Trichophytose, Impetigo, Furunkulose, Aktinomykose u. s. w.; die entsprechenden Versuche stehen jedoch noch aus. *Stern-München.*

Die Phototherapie und ihre Anwendung bei der Behandlung von Hautkrankheiten, von Leredde. (*Bulletin de la Société de Therapeutique.*) Nach einigen theoretischen Auseinandersetzungen über die Wirkung des Lichtes auf die höheren und niederen Organismen, wobei ausschliefslich die violetten und ultravioletten Strahlen in Frage kommen und keineswegs die kalorischen zählt Verfasser die verschiedenen Hautaffektionen auf, bei denen die Phototherapie besonders nach den bahnbrechenden Untersuchungen von Finsen zur Anwendung gelangt sind. So sind glänzende Resultate erzielt worden bei der Variola, wo die Entstehung der Eiterung, des Ödems, der Pustelbildung und infolgedessen der nachfolgenden Narben verhindert werden konnte. Die Behandlung mufs aber sofort bei Auftreten der Eruption begonnen werden und darf nicht unterbrochen werden; die Patienten müssen dem Tageslicht vollständig entzogen werden. Beim Lupus vulgaris ist der Prozentsatz der Heilungen ein sehr hoher; nach einer Statistik von Finsen erwiesen sich nur 3% als refraktär; keine andere Behandlungsmethode weist so viele definitiven Heilungen auf und führt zu so schönen glatten Narben wie die Phototherapie; diese ist aber eine ehr langdauernde und kostspielige. Bei Lupus erythematosus sind die günstigen Resultate weniger konstant wie beim Lupus vulgaris, sie führt aber immerhin in den meisten Fällen zu dauernder Heilung, wenn sie lange genug fortgesetzt wird. Mit wechselndem Erfolge wurde die Phototherapie ferner angewendet bei der Akne, der Sykosis, dem Epitheliom, der Alopecia areata. *C. Müller-Genf.*

Über Lichtbehandlung mit besonderer Berücksichtigung der Professor Finsenschen Behandlung mit konzentrierten chemischen Lichtstrahlen, von Theodor Schüler-Charlottenburg. (*Monatsschr. f. othopäd. Chir. u. physiol. Heilmethoden.* März 1901.) Bezüglich der elektrischen Lichtbäder resümiert Verfasser seine dreijährigen Erfahrungen dahin, dafs die Heilkraft des Lichtes, so wie sie bei den jetzt üblichen Lichtbädern in Betracht kommt, nur immer eine Nebenanwendung der allgemeinen naturgemäfsen Behandlung sein darf. Verfasser beschreibt die Technik der allgemeinen und örtlichen Bestrahlungen und berichtet über die Krankheiten, in denen er das Verfahren anwandte. Für den Dermatologen ist dabei von Interesse,

dafs er es für Fälle empfiehlt, in denen es darauf ankommt, Arzneistoffe durch den Schweifs wieder aus dem Körper herauszuschaffen, also auch bei Lueskranken, welche grofse Quecksilber- und Jodkaliumdosen erhalten haben. Verfasser hält es für nötig zu betonen, dafs man mit Lichtbädern allein die Lues nicht heilen könne. Auch bei Unterschenkelgeschwüren, die infolge von Krampfadern entstanden sind, haben die örtlichen Bestrahlungen guten Erfolg, die Behandlung erfordert aber viel Geduld und führt nur im Verein mit der nötigen Allgemeinbehandlung zum Ziele. — Recht befriedigt äufsert sich Verfasser über Finsens Phototherapie trotz ihrer grofsen technischen Schwierigkeiten und des fehlenden materiellen Erfolges. Verfasser tritt der in letzter Zeit mehrfach aufgestellten Behauptung entgegen, die Wirkung der Finsenbehandlung käme hauptsächlich der durch die Kompressorien hervorgerufenen Blutleere zu. Der Heilerfolg ist vielmehr auch ohne Anwendung von Kompressorien und ohne Blutleere in einer Reihe von Erkrankungen an Alopecia areata und — durch den Verfasser — in einem Falle von Herpes tonsurans erzielt worden; zur Abkühlung der Haut wurden die behandelten Stellen nur ab und zu mit kaltem Wasser benetzt. — Schliefslich berichtet Verfasser auch noch über die Bogenlichtbäder nach Finsen, die angeblich auf die Neugestaltung des Blutes günstig wirken sollen. Verfasser mufste unter 12 Fällen einmal wegen starken Lichterythems, ein anderes Mal wegen heftigen Herzklopfens die Bestrahlungen abbrechen. Auch diese Bäder eignen sich nur zur Unterstützung der allgemeinen Behandlung. *A. Loewald-Cassel.*

Über die Anwendung der Lichttherapie in der Chirurgie, von A. B. Mixin-St. Petersburg. (*Med. Woche.* 1901. No. 12.) Verfasser erzielte in verschiedenen Fällen sehr günstige Resultate mit der Bestrahlung durch blaues elektrisches Licht in einer Lichtstärke von 16 Kerzen. Neben einem Falle von chronischem Gesichtsekzem heilte er hauptsächlich Blutergüsse nach Kontusionen. Die Wirkung erfolgte meist schon nach 10 Minuten, die Schmerzen, Ergüsse, Verhärtung schwand schnell und nach wenigen Tagen war die Heilung erzielt. Selbst bei Erbrechen nicht cerebralen Ursprungs erwies sich die Bestrahlung des Gebietes des Epigastriums und des Magens mit einem aus blauem Glase hergestellten Glühlämpchen als heilend.

Bernhard Schulze-Kiel.

Über Lichttherapie, von E. Lindemann. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1901. No. 44.) Die Glüh- und Bogenlichtbäder bewirken eine Anregung der Zirkulation des Stoffwechsels und besonders der Schweifssekretion, und zwar wirken die Glühlichtbäder mehr erregend als die Bogenlichtbäder. Dieselben erweisen sich heilkräftig vor allem bei Blutarmut, chronischem Gelenkrheumatismus, Gicht, Ischias, sowie zur Unterstützung der Entfettungskur; endlich prophylaktisch anstatt der Dampfbäder, deren unerwünschte Nebenwirkungen ihnen nicht anhaften. Die Bestrahlungsapparate, in denen Bogenlicht von 15—30 Ampère Stärke auf die Haut reflektiert wird, wirken als a) intensiver Hautreiz durch Konzentration der strahlenden Wärme auf die Haut, sowie korrosiv; b) haben sie eine unmittelbar bakterientötende Wirkung, welche sich therapeutisch mit Erfolg verwerten läfst zur Heilung schlaffer, atonischer Geschwüre, Aknepusteln Furunkeln. — Intensiver baktericid wirkt, zumal bei Lupus, das Finsenlicht, bei welchem ein Bogenlicht von 40—80 Ampère Stärke zur Verwendung kommt. In der Diskussion bestreitet Liebreich die Heilung des Lupus durch Licht und spricht für seine weit billigere Kantharidenbehandlung, Vollmer schliefst sich ihm an, auch Munter schränkt den Wert der Lichttherapie wesentlich ein.

Bernhard Schulze-Kiel.

Zur Lichttherapie mit ultravioletten Strahlen, von Göbl-Nürnberg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1901. No. 19.) Zur erfolgreichen Lichtbehandlung nach Finsen

benötigt man eine an ultravioletten und violetten Strahlen reiche Lichtquelle, die möglichst nahe an das zu bestrahlende Objekt herangebracht werden kann, damit wenige oder gar keine baktericiden Strahlen verloren gehen; die Lichtquelle darf daher nur wenig Wärme produzieren. Eine solche Lichtquelle ist der elektrische Hochspannungsfunken, der mit Hilfe eines grofsen Induktors und zur Ausgleichung mit einer grofsen, parallel geschalteten Leydener Flasche erzeugt wird. Mit einem solchen Funkeninduktor und unter Verwendung von Aluminiumelektroden nach Lenards Angaben machte zuerst H. Müller und dann der Verfasser bei Reinicke, Gebbert und Schall Bestrahlungsversuche am eigenen Körper. Eine wesentliche Empfindung während der eine Stunde lang fortgesetzten Bestrahlung war nicht zu konstatieren, insbesondere keine Belästigung durch Wärmestrahlen. Der Versuch hatte stets Rötung, Schwellung, Schmerzhaftigkeit, Ablösung der Epidermis und persistierende bräunliche Verfärbung an der bestrahlten Partie zur Folge. Bei zwei Kranken mit zirkumskriptem Lupus trat an den exulcerierten Stellen seröse Exsudation und Gefühl von Spannung und nach 20 Bestrahlungen von je 5—15 Minuten Dauer Überhäutung ein. Dafs in diesen beiden Fällen zur Erzielung der Wirkung eine viel kürzere Expositionszeit nötig war als bei den ersten Versuchen H. Müllers, war durch eine vom Verfasser konstruierte, günstigere Einrichtung der Funkenstrecke ermöglicht; bezüglich dieser Einrichtung mufs auf das Original verwiesen werden. — Versuche mit dem beschriebenen Lichterzeuger können von jedem vorgenommen werden, der einen Röntgenapparat mit rotierendem Unterbrecher besitzt; es ist nur die Einschaltung einer Leydener Flasche notwendig. *Götz-München.*

Ein Beitrag zur Frage des lichttherapeutischen Instrumentariums, von H. Strebel-München. (*Verhandl. d. dtsch.-dermatolog. Gesellsch.* Breslau 1901.) Eng anschliefsend an die Finsensche Entdeckung gingen die Bestrebungen Strebels, welcher mit Finsen der Ansicht war, dafs die Vermehrung der ultravioletten Strahlen in der Lichtquelle von Vorteil wäre, dahin, eine Methode zu finden, welche möglichst viel Strahlen genannter Gattung zu liefern im stande wäre. Nachdem Strebel der Nachweis gelungen war, dafs das Licht des Induktionsfunkens stark genug ist, um Bakterien aller Art (Tuberkelbacillen, Gono-, Streptokokken u. s. w.) im Zeitraum von einigen Minuten selbst auf gröfsere Entfernungen (50—140 cm) abzutöten, glaubte er diese Thatsache auch in der Therapie verwenden zu können; notwendig sind ein starkes Induktorium (20—60 cm Funkenweite) mit rascher Unterbrechung. Bei den diesbezüglichen Versuchen stellte sich die Überlegenheit des Induktionslichtes bezüglich Ultraviolett heraus, solange der Voltabogen von Kohlen gebildet wird; bei anderen Elektrodenmaterial wird die Sache anders. Während nun das Induktionslicht dem gewöhnlichen Voltalicht an Ultraviolett überlegen ist, ist das letztere an chemischer Leistungsfähigkeit per Sekunde überlegen. (Was an Kraft gewonnen wird, geht am Weg (Zeit) verloren.) Die weiteren Bemühungen Strebels gingen nun dahin, statt der Kohlenelektroden solche herzustellen, welche sowohl in der Produktion des Ultraviolett als auch des Blau und Violett die gewöhnlichen Elektroden bedeutend übertreffen, und in der That gelang ihm dies; er spricht sich aber über den Stoff, welchen er dazu benutzte, nicht aus, ebenso wenig wie über das Detail der Konstruktion, wozu er im Interesse des Patentschutzes resp. der Firma verpflichtet sei. Schliefslich hat Strebel die Konstruktion der Lichtsammelapparate, zu welchen Finsen ausschliefslich Linsen verwendet, nach seinen eigenen Gesichtspunkten vorgenommen und zwar wählte er zum Sammeln des Lichtes teilweise aus Magnalia, einer Legierung von Aluminium und Magnesium, hergestellte Spiegel; dieselben reflektieren das therapeutisch wirksame Ultraviolett vollständig ungeschmälert. Einige Konstruktionen,

welche sich zu lichttherapeutischen Zwecken verwenden lassen, werden zum Schluss der Arbeit noch angegeben, sind aber nur mittelst der beigefügten Zeichnungen verständlich. Sollten sich die Verbesserungen Strebels bewähren und vor allem zur Vereinfachung des lichttherapeutischen Instrumentariums führen, so dürfte das Verdienst des fleifsigen Forschers hoch anzuschlagen sein. *Stern-München.*

Syphilis, venerische und Hautkrankheiten und deren Behandlung beim russischen Volk, von Demitch. (*Russ. Arch.* von Podwyssotzki. 1901. April, Mai.) Verfasser bespricht in einer gröfseren Arbeit seine mühevollen Nachforschungen unter dem einfachen russischen Volk in Bezug auf dessen Kenntnis von der Syphilis, den venerischen und den Hautkrankheiten und in Bezug auf die im Volk gebräuchlichen Mittel gegen diese Krankheiten. Von den Schlufsfolgerungen des Verfassers seien einige kurz rekapituliert:

1. Unter den Krankheiten, welche das russische Volk kennt, kehren am häufigsten wieder die Benennungen für Syphilis und Krätze, zweien Krankheiten, welche im Volk sehr verbreitet sind, zuweilen ganze Dörfer betreffen und daher eine wichtige Rolle im Leben des russischen Volkes spielen.

2. Ursache und Ursprung dieser Krankheiten erscheinen dem Volk mystisch, was auf den niedrigen Entwickelungsgrad des Volkes hinweist.

3. Unter den gebräuchlichen Medikamenten überwiegen die empirisch gefundenen Mittel des Pflanzen-, Tier- und Mineralreiches; so ist das Quecksilber dem russischen Volk schon seit alter Zeit bekannt und wird von ihm in der aller verschiedensten, aber noch sehr rohen und ungewandten Weise benutzt, so dafs Vergiftungserscheinungen oft die Folge sind. Gut bekannt ist das Volk auch mit der antiluetischen Wirkung einiger Kräuter.

Unter den beim Volk üblichen Mitteln gegen Hautkrankheiten nehmen die Cosmetica die erste Stelle ein.

Von Krätzmitteln kennt das Volk Schwefel, Theer, Tabak und andere, welche klinisch noch nicht geprüft und vielleicht der Beachtung wert sind, wie Saponaria officinalis und Fitolaca decandra. *Arth. Jordan-Moskau.*

Über Schwefelwasser und Hautkrankheiten, von Axel Winkler-Bad Nenndorf. (*Dtsch. med. Ztg.* 1901. No. 28.) An der Hand von zwei Statistiken aus Schinznach und Nenndorf, sowie aus eigenen Anschauungen empfiehlt Verfasser eindringlichst Schwefelbäder und Trinkkuren zur Heilung der verschiedensten Hautkrankheiten, besonders bei allen Formen des Ekzems. (Die Nenndorfer Statistik meldet von 248 Ekzemfällen 91 Heilungen, 102 Besserungen, 55 Mifserfolge, ein Resultat, welches durch andere Methoden mindestens auch erreicht wird. Der Referent!) Bei Psoriasis und vor allem bei Furunkulose und Acne vulgaris und rosacaea. Ferner soll die Schwefelkur gut sein bei Prurigo, Pruritus, Sycosis, Herpes tonsurans, Pityriasis versicolor, Ichthyosis. (Bei Pityriasis nach der Nenndorfer Statistik unter 30 Fällen nur 13 Heilungen! Der Referent.) Verfasser spricht dann eingehend über die Kurmethoden und die Theorie der Wirkung der Schwefelwasserkuren. In der Diskussion stimmt Steiner-Levico dem Vortragenden in vielen Punkten bei, für Hautekzeme möchte er indessen, ebenso wie Saalfeld-Berlin gewisse Einschränkungen machen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Hauttransplantieren unter Gefrieren, Bericht über einige Fälle, von G. Torrance-Birmingham, Ala. (*Philadelph. med. Journ.* 18. Juli 1901.) Verfasser führt die Operation in der Weise aus, dafs er ein circa thalergrofses Hautstück mittelst Äthyl-Chlorid gefriert, Epidermis nebst oberer Schichte des Coriums abträgt und in

gefrorenem Zustand auf die zu bedeckende Stelle auflegt. Darüber kommt Protektivseide und ein mit Borsalbe bestrichener Lintstreifen. Die Resultate werden als gute geschildert. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über die Behandlung von Hautkrankheiten mit Kälte, von EDMUND SAALFELD-Berlin. (*Therap. Monatsh.* Juli 1901.) Berichte amerikanischer Autoren über analysierende Eigenschaften der flüssigen Luft und günstige Einwirkungen derselben bei Dermatosen veranlafsten den Verfasser zu Nachprüfungen. Fünf Patienten (Lichen planus am Vorderarm, Ekzema lichenoides am Halse, Tylositäten am Zeigefinger, kleine Warzen auf der Hand und ein Ulcus molle) behandelte er in der Weise, dafs er die erkrankten Stellen mit in flüssiger Luft getränkter Watte 3 bis 10 mal in Zwischenräumen von 10—15 Sekunden betupfte. Unter Brennen und Jucken traten an den betreffenden Stellen weifse, harte Quaddeln mit erythematöser und geschwollener Umgebung auf; bei den Patienten mit Ulcus molle zeigte sich nur Schwellung und Rötung. Die subjektiven Erscheinungen dauerten 15—30 Minuten an. Nach 1—2 Stunden wandelte sich die Quaddel in eine mit Serum gefüllte Blase um. Nach 1—3 Wochen waren die Stellen geheilt, die Haut weich, nur wenig gerötet. Das Ulcus molle trocknete sehr rasch ein. — Statt der teueren flüssigen Luft benutzte Verfasser bei seinen weiteren Versuchen ein Gemisch von Chloräthyl und Chlormethyl (15%), das unter dem Namen „Methaethyl" käuflich ist und in Gestalt des Sprays verwandt wird. Verfasser gebrauchte es in Fällen, bei denen es sich darum handelte, chronische, mit Infiltration einhergehende Erkrankungen der Haut durch Hervorrufen einer akuten Entzündung zur Resorption zu bringen. Bei lichenoiden Ekzemen und Lichen planus wurden zufriedenstellende Erfolge erzielt; das Mittel wurde täglich appliziert, nach Bildung der Eiskruste noch weitere ½ bis 1½ Minuten. Subjektive Erscheinungen bestanden nur in geringem, einige Minuten anhaltendem Brennen, sonst zeigten sich keine üblen Nebenwirkungen. — Bei Leukoplakien der Zunge hat Verfasser vorzügliche Erfolge durch Vereisung mit Chlor- oder Metaethyl und Abtragung mit dem Messer gesehen. *A. Loewald-Cassel.*

Beitrag zur Einwirkung von Dampfbädern auf die Gesichtshaut, von RUDOLF STEINER. (*Klin. therap. Wochenschr.* 1901. No. 20.) Die Anwendung von Dampf bei Hautleiden hat besonders LIEBERSOHN befürwortet. Die Amerikaner haben dann für die Gesichtshaut einen Apparat konstruiert, bei dem der Dampf Seifenspiritus und Essigsäure mitreifst. SAALFELD hat dann einen Apparat für Akne und Seborrhoea sicca angegeben. Verfasser empfiehlt einen einfacheren Apparat konstruieren zu lassen. Derselbe besteht aus einem Gefäfse, in dem Wasser erhitzt wird, einem langen Gummischlauch und Trichtern verschiedener Gröfse und Form aus Metall oder Glas. Mit diesem Apparat hat er bei Akne, Seborrhoe etc. im Gesichte gute Erfolge erzielt. Als Zusätze hat er Seifenspiritus und Essigsäure verwendet. Über die günstigen Resultate bei Benutzung von Levico will er später berichten.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Kommentar zu C. L. SCHLEICHs Methoden und Präparaten, von WITTKOWSKI. (*Med. Woche.* 1901. No. 30.) Als besonders geeignet zur Heilung der Ulcera cruris eignet sich nach W. die SCHLEICHsche Pasta peptonata. Nachdem das Ulcus selbst mit den erforderlichen Wundmitteln und dem dazu gehörigen Gazebausch bedeckt ist, wird die Extremität von den Zehen bis zum Knie mit Peptonpasta bestrichen, alsdann ebenso darüber eine weiche Mullgazebinde angelegt, so zwar, dafs das Ulcus selbst möglichst aufser Druck gesetzt wird. Darüber kommt eine feuchtgemachte Stärkegazebinde. Der Verband trocknet schnell und hindert den Patienten

nicht im Beruf, er braucht nur jede 4—8 Tage gewechselt zu werden. Die Paste ist auch für andere Fälle mit Dermatol, Jodoform, Ichthyol mischbar. Die Schleichsche Quecksilberpeptonpaste eignet sich wegen ihrer reinlichen Anwendungsart nach W. gut zur Behandlung der Lues, dieselbe mit 10% reinem Ichthyol vermischt zur Heilung des diabetischen Pruritus und für Fissuren am Anus. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über medikamentöse Seifen bei Hautkrankheiten, von Hermann Rohleder-Leipzig. (*Berliner Klinik.* Heft 158. Berlin 1901. Fischers mediz. Buchhandlung.) Nach einer kurzen Besprechung der Entwickelung der Seifentherapie, der Technik der Seifenproduktion, ihrer physiologischen Wirkungen und der verschiedenen therapeutischen Indikation wendet sich Rohleder zur Betrachtung der von ihm angegebenen Naphtalanseife. Es ist das eine mit 2% überschüssigem Fett versetzte 25%ige Seife. Sie dient zur Unterstützung anderer Behandlungsmethoden zum Reinigen, oder als Heilmittel bei schuppenden, trocknen Ekzemen (besonders Gewerbeekzemen) und oberflächlichen Dermatomykosen oder als Prophylaktikum zum Waschen für Ärzte und andere bestimmten Noxen ausgesetzte Personen. *Hopf-Dresden.*

Bimsteinalkoholseife in fester Form als Desinfiziens für Haut und Hände, von Sigmund Pfeiringer-Breslau. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1901. No. 30.) Die guten Resultate mit Vollbrechts festem Seifenspiritus veranlafsten den Verfasser, diesen mit einem mechanischen Reinigungsmittel zu kombinieren, um durch *Eliminierung* der Bürste eine weitere Vereinfachung der Desinfektion zu erstreben. Ein brauchbares Präparat ergab die Kombination von Bimstein und festem Seifenspiritus. 60—90 g fein geschabter neutraler Pflanzenfettseife werden in 300 ccm 96—97%ø heifsen Alkohols gelöst, die Lösung durch Zugiefsen 96%ø heifsen Alkohols auf 1000 ccm ergänzt, 300 g sterilisierten Bimsteinpulvers allmählich zugesetzt; Erkaltenlassen unter Umschütteln.) Diese Bimsteinalkoholseife ist in luftdicht schliefsenden Gefäfsen bequem transportabel. Bei der Desinfektion werden die Hände erst mit Wasser und gewöhnlicher Seife gereinigt, die Nägel gekürzt und gesäubert; dann werden 60—70 g der Alkoholseife mittelst sterilen Mullstückes energisch auf den Händen, mit Berücksichtigung aller Falten und Vertiefungen, der Nagelfalze und Unternagelräume, verrieben. Diese Prozedur soll unter Erneuerung der Seife fünf Minuten dauern. Zum Schlusse wird der Bimstein mit sterilem Wasser oder einer leicht herzustellenden antiseptischen Lösung abgespült. Verfasser empfiehlt diese Methode weniger für die grofsen klinischen Betriebe, sondern hauptsächlich für die schwierigen und unsicheren Verhältnisse des praktischen Arztes, für die ambulante Praxis, mangelhaft eingerichtete Anstalten, eventuell für die Feldchirurgie. Die Kosten einer Desinfektion betragen etwa 10 Pfennige; das Kilo Seife kostet im Handel 1.50 Mk. — In besonderen Versuchen stellte Verfasser fest, dafs der in der Seife enthaltene pulverisierte Bimstein zwar eine grofse reinigende Kraft besitzt, aber keineswegs sämtliche in den Hautvertiefungen sitzenden kurpuskulären Elemente entfernen kann; dafs er ferner in seiner mechanischen Wirkung der der Bürste gleichzusetzen ist, an zarteren Hautstellen eher noch energischer wirkt als die Bürste. Die Prüfung des Desinfektionseffektes der Methode ergab günstige Resultate, welche durch die Praxis (einwandfreie Anwendung in der Poliklinik und im aseptischen Operationssaal von Mikulicz, sowohl zur Desinfektion der Hände als des Operationsfeldes) vollauf bestätigt wurden. — Die Hauptrolle bei der Wirkung schreibt Verfasser dem Alkohol zu; in der Verbindung von Seife und Alkohol sieht er eine glückliche Kombination, bei der ein Mittel das andere in seiner Wirkung unterstützt. *A. Loewald-Cassel.*

Eine neue Toiletteseife, von Heinrich Paschkis. (*Wien. klin. Rundsch.* 1901. No. 12.) Eine gute Seife muſs vor allem von Alkalien möglichst frei sein und ordentlich schäumen. Die centrifugierten Seifen entsprechen diesen Anforderungen am besten, sind aber, wenn sie parfümiert sind, sehr teuer. Glycerin-, Vaselin- und überfettete Seifen schäumen schlecht, verschmieren sich auf der Haut, emulgieren das Hautfett wenig; ihre hautreizende Wirkung ist allerdings gering. Die überfetteten Seifen sollen aufserdem wenig haltbar sein, das darin enthaltene Fett leicht ranzig werden. (Verfasser muſs die guten Fabrikate nicht kennen. D. Ref.) Ein Mittel, das freie Alkali einzuhüllen, die hautreizende Eigenschaft der Seife aufzuheben und eine gute Schaumbildung zu bewirken ist mit Wasser gerührtes Ei. Eine gute eialtige Seife ist die Ray-Seife, die 28 % Eiinhalt (= 3,5 % Eiweis enthält. Diese bewährte sich bei spröder Haut, bei Seborrhoe des Gesichts und der Kopfhaut. Die Seife ist haltbar und ausgiebig. Verfasser empfiehlt sie deshalb als kosmetische Toiletteseife. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

In der Medizinischen Sektion der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur (Sitzung vom 1. III. 01. — *Allg. med. Centralztg.* 1901. No. 28) spricht Prörnung über **festen Seifenspiritus**. Um den Transport und die Anwendungsweise des Desinfektionsmittels in der ambulanten Praxis, im Kriege etc. möglichst einfach zu gestalten, hat Pr. die Sandseifen mit dem von Vollbrecht angegebenen festen Seifenspiritus kombiniert und eine Bimstein- und Marmorstaub-Alkoholseife hergestellt (100 g sterilisierter Bimstein- resp. Marmorstaub und 1000 g fester Seifenspiritus). Von dem Präparat, das haltbar und bequem transportabel sein soll, wird zur Desinfektion eine Menge entnommen, die etwa drei Eislöffeln entspricht, und wird 5 Minuten hindurch allmählich zwischen den Händen verrieben, ohne Wasser, ohne Bürste. Danach wird der Sand mit sterilem Wasser oder einer antiseptischen Lösung abgespült. Die Hände werden nicht angegriffen, sondern bleiben weich und geschmeidig. Die Resultate entsprechen etwa denen mit flüssigem Seifenspiritus: Die Hände werden soweit keimarm gemacht, dafs ihnen im Vergleich zu vorher nur wenige Keime entkommen werden können. Preisangaben fehlen. Genauerer Bericht soll folgen.
A. Loewald-Cassel.

Neuere Behandlungsmethoden infizierter Wunden mit besonderer Berücksichtigung des Glutols, von Heinrich Mohr-Bielefeld. (*Med. Woche.* 1901. No. 23, 24.) Verfasser giebt eine kritisch zusammenfassende Abhandlung zahlreicher neueren Behandlungsmethoden durch Antiseptika und sonstige Eingriffe. Das ideale Antiseptikum muſs eine Wachstumshemmung der Keime ohne Schädigung der Körperzellen hervorrufen, diese Bedingungen erfüllt weder das Sublimat noch die reine Karbolsäure wegen ihrer mangelhaften Dauerwirkung. Auch Airol, Jodoform, Itrol, bewirken keine Keimfreiheit, sondern nur eine länger dauernde Entwickelungshemmung der Mikrobien. Bei bereits gangränösen Wunden hat sich Wasserstoffsuperoxyd in 3 %iger Lösung bewährt, welches zugleich desodorierend ist. Gut wirkt das Glutol von Ehrlich, es verschorft das zwischen den vernähten Rändern der per primam zu verheilenden Wunde aussickernde Blutplasma schnell zu einer festen Borke und erzielt vor allen Mitteln überlegene die Zellthätigkeit nicht schädigende, reizlose antiseptische Dauerwirkung. Bei frischen Wunden wird das Glutol aufgestreut, bei infizierten häufiger. Die so behandelten Wunden zeigen frisch rote, kräftige Granulationen. Ferner geht Verfasser auf die physikalisch-mechanische Behandlung ein (Entfernung der Lymphdrüsen, blutige Anfrischung des infizierten Wundgebietes, feuchtwarme 3 %ige Sodaumschläge, Drainage, Tamponade) und verweilt längere Zeit bei der künstlichen Serotherapie mit physiologischen Kochsalzlösungen und Antistreptokokkenserum

(Lejars). Zum Schluſs erwähnt er die durch Credé eingeführten Silberpräparate (Argentum colloidale, Unguentum Credé). Die Wirksamkeit dieser Salbe scheint nicht nur eine energisch lokal antiseptische zu sein, sondern auch in den befallenen Lymphbahnen zur Geltung zu kommen. Die Arbeit enthält viel Lesenswertes.

Bernhard Schulze-Kiel.

Über das Heilserum in der Therapie, von Vidal. (*Progrès méd.* 1901. No. 15.) Nach Aufzählung der zahlreichen Krankheiten, bei denen die Serotherapie angewendet wurde und noch immer mit wechselndem Resultate angewendet wird, kommt Verfasser zum Schlusse, daſs auſser dem Diphtherieserum kein anderes bisher befriedigende Resultate geliefert hat. Es scheint übrigens, daſs alle diese sogenannten antitoxinischen Sera weder auf die Mikroorganismen selbst noch auf ihre Toxine, sondern auf die Gewebszelle des Organismus wirken, welche sie widerstandsfähiger machen. Die Sera der immunisierten Tiere haben somit, wie es scheint, weniger spezifische denn allgemein tonisierende Eigenschaften. *C. Müller-Genf.*

Das Calciumsulfhydrat als chirurgisches Depilatorium verwendet Raybaud und nach seinem Vorschlage Flores und Carvallo in Buenos-Ayres. Die Bereitungsweise ist folgende: der frisch gelöschte und decarbonisierte Kalk wird mit Wasser vermischt im Verhältnis von 2 : 3. Durch diese Mischung wird ein Strom von Schwefelwasserstoff geleitet, wobei eine grünliche teigartige Masse entsteht, die einen deutlichen Geruch von HS entwickelt. Nach einiger Zeit setzt sich an der Oberfläche eine dünne Flüssigkeitsschicht ab, welche nur beim Gebrauche entfernt werden darf, da die Masse beim Eintrocknen ihre Wirksamkeit einbüſst. Sie muſs in einem Gefäſse mit Glasstöpsel aufbewahrt werden. Diese Masse wird nun mit einem Holzspatel auf die zu behandelnde Hautstelle aufgetragen in einer Dicke von circa 1 mm. Nach 4—6 Minuten kann an die Entfernung der aufgetragenen Masse geschritten werden, was mit einem Bausche Watte oder einem Tuchlappen geschieht. Sonach wird die ihrer Haare entblöste Stelle reichlich abgewaschen und desinfiziert. (*La Semana medica.* 1901. No. 16.) *C. Müller-Genf.*

Der Wert des Chinosols als Antiseptikum und Desinfiziens, von J. W. Friesen-Wien. (*Ärztl. Centralztg.* 1900. No. 45.) Nach den Beobachtungen des Verfassers, die sich auf 120 Fälle beziehen, ist Chinosol „ein Antiseptikum von ganz hervorragender Wirkung, welches die antiseptische Kraft des Sublimats und Karbols in vollendetem Maſse besitzt, ja dieselben vielleicht sogar nach dieser Richtung übertrifft, dabei aber relativ unschädlich und ungiftig ist und keine nennenswerten nachteiligen Neben- und Nachwirkungen besitzt.“ Zudem wirkt das Mittel, auf Wunden appliziert, ausgesprochen schmerzstillend und bei Sekretionsanomalien der Schleimhäute mild adstringierend. Der Verfasser hat Chinosol in Form 1—2 %iger Lösung oder 10%iger Salbe oder als Chinosolgaze in Anwendung gebracht zur Desinfektion der Hände und Instrumente, ferner und zwar fast durchweg mit günstigem, zum groſsen Teile mit vorzüglichem, ja mit verblüffendem Erfolge bei aseptischen und septischen Wunden, eitrigen Geschwüren und Fisteln, Brandwunden, bei Anthrax, Karbunkel und Furunkel, bei Blennorrhöen der Männer und Weiber, bei nichtblennorrhoischen Vaginalkatarrhen, bei akuter und chronischer Endometritis, bei Cystitis, bei verschiedenen Affektionen der Mund- und Nasenschleimhaut, ferner in Form eines Mundwassers zur Mundpflege, in Form von Chinosolseifenspiritus zur Hautpflege und zu Kopfwaschungen, in Form von Streupulver bei „Hyperhidrosen und Fuſsschweiſsen“; endlich bei Dermatitis und Ekzem, insbesondere bei nässenden Ekzemen und Berufsekzemen, sowie bei Akne und Intertrigo in Form folgender „Chinosolsalbe“ (sic! Ref.):

Chinosol 2,0, Ichthyol 1,5, Resorcin 1,0, Flor. sulfur. 2,0, Vaselin, Lanolin ää 20,0. Die mit dieser „Chinosolsalbe" erzielten Resultate „waren oft sehr gute". (Kommentar überflüssig. Ref.) Aufserdem wurde Chinosol innerlich zu 0,1—0,2 pro dosi, 1,0—1,5 pro die bei allgemeiner Furunkulose, sowie bei Resorptionsfieber als Magen- und Darmantiseptikum mit gutem Erfolg verabreicht.

Zum Schlusse seiner kleinen Arbeit spricht der Verfasser sein Befremden darüber aus, dafs „dem Chinosol bisher nicht das verdiente Interesse von Seite der Ärzteschaft und eine ausgedehntere Anwendung in der ärztlichen Praxis zu teil wurde. Offenbar ist dieser allerdings ungerechtfertigte Skepticismus, mit welchem manche Ärzte der Erprobung neuer Arzneimittel entgegentreten, auf Rechnung des Umstandes zu setzen, dafs das immer mehr um sich greifende Heilserumverfahren den gröfseren Teil des ärztlichen Interesses absorbiert." (O, si tacuisses..... Wenn dem Chinosol keine besseren Lobredner erstehen, dann ist es nicht zu verwundern, wenn die Ärzte kein Interesse dafür haben. Ref.) *Göts-München.*

Über Dymal, von C. Kopp-München. (*Therapeut. Monatsh.* Febr. 1901.) Dymal, von Zimmer & Co. in Frankfurt a. M. hergestellt, ist ein salicylsaures Didym, ist ein sehr feines, geruchloses Pulver, welches vom Verfasser teils als Streupulver, teils als 10%ige Lanolinsalbe angewendet wurde. In der kleinen Chirurgie bewährte es sich als ein ungiftiges und reizloses, sekretbeschränkendes und austrocknendes Mittel mit antiseptischen Wirkungen. Was Dermatosen anlangt, so rühmt Verfasser die Erfolge bei Hyperidrosis und einfachen Intertrigoformen; beim nässenden Ekzem auf chronisch infiltrierter Basis, der Impetigo contagiosa, Ichthyosis und bei den verschiedenen Formen der Hautgangrän wirkt Dymal gut, aber nicht besser als andere Mittel; bei den anderen Ekzemformen, bei Psoriasis und Erysipel sah Verfasser keine nennenswerten Erfolge. Er empfiehlt das Mittel hauptsächlich seiner Billigkeit wegen; es wird als Nebenprodukt bei der Herstellung der Auerschen Glühlichtstrümpfe gewonnen. *A. Loewald-Cassel.*

Weitere Beobachtungen über Epicarin, von Carl G. Pfeiffenberger. (*Klin. therap. Wochenschr.* 1901. No. 29.) Die gute Wirkung des Epicarins bei Scabies und Prurigo kann Verfasser an 30 Fällen bestätigen. Nicht bewährt hat sich das Heilmittel bei Psoriasis; dagegen wirkte es prompt als 10%ige alkoholische Lösung bei Herpes tonsurans. Die kranken Stellen werden täglich einmal bepinselt; die Lösung färbt die Haut nur wenig, so dafs sie auch im Gesichte angewendet werden kann. Die Haut wird vor der Einpinselung ordentlich gereinigt. Das Jucken hört sofort auf, der Prozefs steht still und die kranke Haut kehrt bald zur Norm zurück.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über den therapeutischen Wert des Unguentum Hydrargyri colloidalis (Merkurcolloid), von Oskar Werler-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1901. No. 30.) Entgegen den Behauptungen, die dem Merkurcolloid in Salbenform Einfluſs auf die Syphilis absprachen, weil es nicht oder nur in geringem Mafse resorbiert würde, stellt W. fest, dafs quantitative Harnanalysen während Merkurcolloidschmierkur Ausscheidungen von Quecksilber in beträchtlichen Mengen ergeben haben.

A. Loewald-Cassel.

Verschiedenes.

Buboverband und Heftpflastersuspensorium, von KARL GERSON-Berlin. (*Allg. med. Centralztg.* 1901. No. 75.) Des Verfassers „Simplexbinde" besteht aus einem Streifen Zink-Kautschukpflaster, dessen eines Ende mit zwei Bändern versehen ist. Ursprünglich für einfache Wundverbände angegeben, benutzt Verfasser sie neuerdings auch zu Buboverbänden. Etwas oberhalb der Spina ant. sup. oss. il. wird, dem Verlaufe der Inguinaldrüsen entsprechend, schräg von aufsen oben nach innen unten auf die Äther gereinigte Haut das bänderlose Ende der Binde aufgeklebt, der Bubo lege artis mit Verbandstoff bedeckt und darüber die Binde weitergeführt. Der letzte Teil der Binde wird, damit er nicht am Oberschenkel festklebt, dick mit Watte gepolstert, um die Innenfläche des Oberschenkels möglichst hoch herumgeführt und durch die zirkulär um den Oberschenkel geschlungenen Bänder fixiert. Beim Verbandwechsel werden nur die Bänder gelöst und die Binde soweit nötig abgehoben. — Auch zur Hodensuspension bei Epididymitis und Varicocele empfiehlt Verfasser die Binde; nur mufs sie zu diesem Zwecke gekürzt und verschmälert werden. Die Binde wird um die leere Skrotalhaut herumgeführt so, dafs die beiden Hoden über der Binde suspendiert sind. Die Simplexbinde wird von P. Beiersdorf & Co. in Hamburg hergestellt.

A. Loewald-Cassel.

Zu dem S. 449 (Bd. XXXIII) referierten Vortrag PLATOS über den **Einfluſs von Spiritusverbänden auf entzündliche Vorgänge in der Haut** geht uns eine Berichtigung des Herrn PLATO zu, der wir folgendes entnehmen:[1]

PL. widerrät dringend die Anwendung eines Spiritusverbandes mit 3%igem Acidum salicyl. bei Epididymitis blennorrh. acuta. Der 3%ige Salicylspiritus wurde von ihm hauptsächlich in Tierexperimenten und nur ausnahmsweise beim Menschen angewandt. Von der SALZWEDELschen Vorschrift ist PL. abgekommen. Er verwendet fast ausschliefslich 96%igen Spiritus mit einem Zusatz von 10% Glycerin; der BILLROTHbattist bleibt ohne Löcher. Nach 12 Stunden Anfeuchtung des Verbandes mittels kleiner Spritze, nach 24 Stunden Erneuerung. Sehr empfindliche Haut mufs bei längerer Behandlung mit Zinkpaste geschützt werden, insbesondere müssen Skrotum und Penis vor Applikation des Spiritusverbandes gründlich mit Zinkpasta eingefettet werden.

A. Loewald-Cassel.

---

[1] Da wir das Referat, wie ja ausdrücklich angegeben, nach einem Bericht der *Allgem. med. Centralztg.* gebracht haben, so wäre die Berichtigung auch an letztere Zeitschrift zu richten gewesen, zumal die „Berichtigung" teilweise eine „Ergänzung" ist.
Die Redaktion.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Sachverzeichnis.

Abscesse beim Manne, follikuläre und periurethrale (Bernart) 128.
Absorption durch die Haut (Pesci und Andres) 183.
Acanthomata (Sequeira) 21.
Acne cornea (Du Castel) 439.
— hypertrophica der Nase (Romme) 470.
— keratosa (Crocker) 405.
Addisonsche Krankheit (Haenel) 603; (Huismann) 475.
Ägypt. medizinischer Kongreſs 568.
Akromegalie (Sherwell) 21.
Aktinotherapie bei Hautkrankheiten (Gottheil) 646.
— Methodik (Kienböck) 526.
Albargin (Chrzelitzer) 598; (Bornemann) 52.
Albuminurie (Stiller) 496.
— bei den Dermatosen (Casarini) 137.
— bei Urticaria (Günzburger) 200.
Alkohol und venerische Krankheiten (Forel) 640.
Alkoholdunstverbände (Heuss) 187.
Alkoholglycosurie (Reuter) 497.
Allgemeininfektion beim Tripper (Finger) 388; (Weiss) 399.
Allgemeininfektionen, Ursachen der blennorrhoischen (Balzer) 40.
Alopecia (Lassar) 389.
— Chemische Zusammensetzung von Blut und Harn im Verlauf der (Jacquet und Portes) 24.
— Morphoea und Leukodermie (Eddowes) 593.
— areata (Fox) 21; (Poggi) 407; (Jacquet) 440; (Lassar) 476.
— — Urologie der (Jacquet) 86.
— der Syphilitiker (Fournier) 557.
— neurotische (Bayet) 402.
— praematura simplex (Kann) 569.
Anaemie und Purpura (Muir) 239.
Angina, merkurielle (Glawsche) 604.
— pectoris syph. (Breitmann) 538.
Angioma cysticum der Nase (Wagner) 474.
Angiosarkom der Haut (Fordyce) 145.
Antrittsrede von Shepherd (Shepherd) 295.
Antrophore (Stephan) 195.
Anurie (König sen.) 496.
Area Celsi (Pantaleoni) 178.
Argentamin bei blennorrhoischen Affektionen (Frieser) 638.
Arsenanwendung bei Cancroid (Lassar) 521.
Arsen-Dermatitis (Ohmann-Dumesnil) 243.
Arsenik, Ausscheidung durch die Haare (Knecht und Dearden) 185.
Arsenikkrebs (Ullmann) 387.
Arsenikmelanodermie (Gaucher) 88.
Arthritis, Blennorrhoische (Scholtz) 42; (Bosellini) 407.
Ascites infolge von Syphilis (Kasem-Beck) 556.
Ataxie ist nicht syphilitischen Ursprunges (Madeuf) 561.
Atresia vaginae (Laurence) 33.
— — Rentention menstruellen Blutes infolge von (Cullingworth) 33.
Augenlid-Syphilid (Danlos) 441.
Augentripper der Neugeborenen (Copper) 48.
Ausschlag, erythematöser, nach Gebrauch von Borsäure (Hall) 243; (Handford) 243,
Autointoxikation durch Insufficienz der Nieren (Jelks) 174.
Autointoxikationen gastrointestinalen Ursprunges (Zypken) 641.
Auto-Vaccination (Ormsby) 300.

Balanitis der Clitoris (Druelle) 442.
Becquerelstrahlen, Wirkung (Aschkinass) 529.
Biceps, syphilitische Kontraktur (Audry) 530.
Bierhefe bei der Behandlung der Furunkulose (Panichi) 138. 409.
Bijodidöle (Lafay) 442.
Bildungshemmungen an männlichen Genitalien (Kusnetzow) 91.
Bimsteinalkoholseife (Pförringer) 653.
Blase, Diverticulum der (Swinburne) 291.
— Fremdkörper (Sawakansky) 407; (Berg) 90; (Pendl) 489.
— Gummöses Ulcus der (Mc. Gowan) 293.
— Das infiltrierte Carcinom der (Englisch) 488.
— Strangbildung in der (Monié) 486.
Blasen, Behandlung (Ward) 240.
Blasenaffektionen behandelt mit Hg. oxycyanatum (Genouville) 92.
Blasenblutungen bei Gonokokkencystitis (Heller) 126.
Blasenfunktion, chronische Defekte (Fuller) 488.
Blasengeschwülste (Löwenhardt) 439. 451.
Blaseninhalt, Möglichkeit rückströmender Bewegung 494.
Blasenruptur, intraperitoneale (Eisner) 489; (Krabbel) 489.
Blasenstein (Rörig) 450; (Jackson) 450.
Blasensteine (Guyon) 119.
Blasentuberkulose (Barlow) 450.
Blastomyceten-Dermatitis (Stelwagon und Hyde) 387; (Montgomery) 447; (Hyde und Ricketts) 447.
Blattern s. Variola.
Blatternimpfstoff, Methode der Herstellung (Huddleston) 301.
Blennorrhoe (Buschke) 34; (Köppen) 49; (Koehler) 630; (Lapowski) 630.
— chronische (van der Poel) 630; (Neuberger) 525.
— der Neugeborenen (Copper) 48.
— Ist die B. heilbar (Krotoszyner) 626.
— Allgemeininfektion bei (Finger) 388; (Weiss) 399.
— Gonokokkus und Therapie der chronischen (Wossidlo) 39.
— Folgeerkrankungen der B. (König) 40.
— und einige seiner Komplikationen beim Manne (Gilmer) 39.
— nervöse Komplikationen (Delamare) 633.
— lokales oder konstitutionelles Leiden (Sturgis) 629.
— des Rectums (Karo) 43.
— und Harnröhrenstrikturen (Stein) 483.
— und Ehe (v. Zeissl) 38. 39.
Blennorrhoe gegen Syphilis (Blue) 35.
— Prophylaxe des (v. Zeissl) 49; (Marschalko) 635; (Frank) 636; (Krauss) 636.
— beim Manne, persönliche Prophylaxe und Abortivbehandlung (Kopp) 36.
— Untersuchung der Prostituierten (Gumpertz) 35.
— Sexuelle Impotenz durch die (Filarétopoulo) 634.
Blennorrhoebehandlung (Steckel) 34; (Scherek) 37; (Casper) 48; (Scholtz) 49; (Arnheim) 49; (Meyerhardt) 50; (Kutner) 50; (Bleicher) 636; (Knowles) 636; (Thimm) 637; (Dalton) 637; (Valentine) 638.
— Abortivbehandlung (Blaschko) 525; (Boureau) 27.
— mit Acidum nitricum (Porosz) 90.
— mit Gelatose-Silber-Albargin (Bornemann) 52.
— mit Bismuthum citricum-ammoniatum (Balzer und Lerog) 52.
— Dilatation bei der (Bastie-Williams) 638.
— Druckspülung bei der (Kutner) 50.
— Ichthargan (Fürst) 639; (Leistikow) 328.
— mit Irrigationen (Valentine) 181.
— — physiologischer Kochsalzlösung (Woodruff) 639.
— Kältebehandlung bei der (Woodruff) 639.
— durch Massage (Möhler) 50.
— Pikrinsäure bei der (De Brun) 639.
— mit Protargol (Strano) 639.
— mit Rothschen Leuchtbougies (Below) 50.
— mit Sandelöl (Meyerhardt) 50.
Blennorrhoeische Affektionen behandelt mit Argentamin (Frieser) 638.
— Allgemeininfektion (Balzer) 40.
— Arthritis und Tendovaginitis (Scholtz) 42; (Freudenberg) 45; (Bosellini) 407; (Bennecke) 632; (Bockhart) 586.
— — und Hypertrichosis (Karwowski) 201.
— — behandelt mit dem galvanischen Strom (Dellnerm) 632.
— Augenerkrankungen (Greefe) 47.
— Conjunctivitis (Holden) 634.
— Coxitis (König) 45.
— Cystitis beim Weibe (Bierhoff) 43.
— Eiteransammlungen im Rectum (Karo) 43.
— Endocarditis (Lartigeau) 41; (Mc. Casky) 41; (Stein) 41; (Wassermann) 42.
— Epididymitis behandelt mit Methylchlorid (Roger) 43.
— — sympathica (Porosz) 9.
— Exantheme (Paulsen) 630.

Blennorrhoische Gelenk- und Hautmetastasen im Anschluſs an Blennorrhoea neonatorum (Paulsen) 44.
— Lymphtumor (Mysing) 42.
— Meningitis (Hoening) 635.
— Myositis (Ware) 634.
— Nervenerkrankungen (Eulenburg) 47.
— Osteomyelitis (Ullmann) 44.
— Rheumatismus (Schuster) 526.
— Sekrete, Gonokokken im (Herz) 123; (Ravogli) 129, 632.
— Striktur, Behandlung (Hayden) 638.
— und syphilitische Schleimhautaffektionen.
— der Harnröhre (von Niessen) 235.
— Urethritis posterior (Pedersen) 633.
— Vaginitis (Robin und Dalché) 635.
— Vulvovaginitis der Kinder (Gassmann) 46. 635.
Blutuntersuchungen bei Syphilitischen (Oppenheim und Löwenbach) 521.
Bottinische Incision (Freudenberg) 450; (Schlagintweit) 450.
— Operation bei Prostatahypertrophie (Stern) 533.
Brandwunde, Syphilis an der Stelle einer (Beaudoin) 441.
Bromausschlag, tuberöser (Schäffer) 242.
Bromeigone (Saalfeld) 194.
Bromocollsalben (Joseph) 24.
Bubonen-Behandlung (Griffith) 465.
Bullöse Dermatitis (Bowen) 448.
Bullrich-Salzverbände (Casteret) 196.

Calciumsulfhydrat als Depilatorium (Raybaud) 654.
Camptodactylie (Klauenhand) 451.
Cancroid, Arsenanwendung (Lassar) 521.
— Therapie (Lassar) 471.
Carcinom, infiltriertes, der Blase (Englisch) 451, 488.
— und Syphilis (von Niessen) 235.
— und verruca senilis (Browne) 473.
Chalodermie (Schlaffhaut) (von Kétly) 123.
Charcot-Leydensche Krystalle (Lewy) 490.
Chininausschlag (Meachen) 199.
Chinosol als Antiseptikum und Desinfiziens (Friesen) 654.
Chirurgie der Harngenitalwege (Harrison) 479.
Circumcision (Mark) 129; (Curbruy) 481.
Cohnheimsche embryonale Keime, über deren wirkliches Vorhandensein (Audry) 18.
Colibacillose (Karo) 480.
Condylomata accuminata linguae (Heidingsfeld) 291.
Conjunktivitis, blennorrhoische (Holden) 634.
Coxitis blennorrhoica (König) 45.
Cystitis (Wathen) 174.
— Behandlung der chronischen (Stockmann) 172.
— chronische (Marsch) 487.
— echte typhöse (Horton) 127.
— infektiöse, durch Autointoxikation (Guisy) 533.
— moderne Therapie (v. Hofmann) 487.
— tuberculosa (Guyon) 487.
— behandelt mit Urotropin (Simpson) 130.
Cystoskop, ein neues (Lewis) 130.
Cystoskopie, Technik (Ferria) 98.
— für die Diagnose der Tumoren der Ureteren (Heresko) 176.
Cystoskopische Befunde bei Blasentuberkulose (Barlow) 450.
— Diagnose der squamösen Dermatosen (Gaston und Viéra) 442.

Dactylitis syphil. (Mračeк) 553.
Dampfbäder und Gesichtshaut (Steiner) 651.
Decubitus, Verhütung (De la Camp) 240.
Degeneration der Haut, hyaline (Dockrell) 183.
Demodex folliculorum (Dubreuilh) 478.
Depilatorium (Raybaud) 654.
Dermasopolpräparate (Rohden) 417.
Dermatitis durch Arsengebrauch (Ohmann-Dumesnil 243.
— bullosa acuta (Kusnetzow) 91.
— — circumscripta (Trinkles) 401.
— exfoliativa universalis (Caspary) 462; (Bruunsgaard) 597,
— gangraenosa infantum (Little) 20.
— herpetiformis (Bowen) 443, 456.
— — multiformis (Taylord) 244.
— — pustulosa (Wende) 26; (Loth) 294.
— protozoica 441.
— traumatica nach Impfung (Melvin) 128.
— vegetans (Hartzell) 594.
— vesico-bullosa (Wende) 448.
Dermatologische Nomenklatur (Philippson) 169.
Dermatomyiasis (Freund) 525.
Dermatomykosenerreger, Polymorphismus (Plaut) 524.
Dermatose, Ein Fall von mit weifsen Flecken einhergehender, bisher nicht bekannter (Westberg) 355.
Dermatosen, Cystoskopische Diagnose der squamösen (Gaston und Viéra) 442.
— Albuminurie bei den (Casarini) 137.
— Behandlung mit Spannungselektricität (Freund) 58.
— Behandlung mittelst Finsens Methode (Lebon) 96.

Dermato-syphilopathische Klinik zu Palermo (Profeta) 407.
Dermatotherapie, homogene (Scharff) 436.
Dermitis, artifizielle (Bodin) 441.
Dermosyphilopatische Schule zu Palermo (Tommasoli) 136.
Desinfektion von Wunden, infiziert mit Eiter von Ulcus molle (Giovannini) 121.
Diätetik bei Hautkrankheiten (Martin) 628.
Diagnose, Fall zur (Fox) 21; (Dade) 22.
Divertikel der Harnröhre des Weibes (Nicolich) 128.
Downessche Urin-Segregator (Nicolich) 176.
Druckspülungen zur Behandlung der Blennorrhoe (Kutner) 50.
Ducreysches Geschwür, neue Behandlungsmethode (Poór) 464.
Dymal (Kopp) 194; 655.
Dyshidrosis (Scholtz) 448.

Eczema (Bulkley) 541.
— Untersuchungen über die Ätiologie (Bender, Bockhart, Gerlach) 149, 524.
— parasitäre Natur (Unna) 387; Bockhart 421.
— artifizielles, bei Scabies (Ottorino) 461.
— durch Formalin (Fischer) 405.
— hyperkeratotisches (Maillard) 461.
— des Kopfes (Holder) 28.
— seborrhoicum (Bonne) 524.
— seine Behandlung (Fischkin) 173; (Martin) 174; (Kromayer) 461.
— Röntgenstrahlen bei (Halm) 527.
Einfluſs des Lichtes auf die gesunde und kranke Haut (Ullmann) 190.
Einreibungskur und Badekuren (Schuster) 188.
Eisengehalt des Blutes Syphilitischer (Oppenheim und Löwenbach) 521.
Eiweiſsmengen-Nachweis (Parum) 496.
Ekzemförmige Dermatosen (Gaston und Paris) 440.
Elastinfärbung, Chemismus (Michaelis) 640.
Elastische Fasern, Neubildung (Williams) 642.
— — in den Tumoren (Collina) 642.
Elektricität, therapeutische Wirkung (Ehrmann) 646.
Elektrolyse und Urininfiltration (Imbert und Bose) 459.
Elektrostatische Behandlung der Hautkrankheiten (Winkler) 501.
Elephantiasis (Sherwell) 21.
— Kalomelinjektionen (Schaginan) 466.
Emphysem bei aufgeregter Melancholie (Tirelli) 477.
Endocarditis blennorrhoica (Stein) 41; (Wassermann) 42.
— — und Züchtung des Gonokokkus (Lartigeau) 41.
— gonococcica mit kongenitaler Anomalie der Mitralis (Mc Casken) 41.
Enteritis syphilitica hered. (Lochte) 545.
Epicarin (Winkler) 384; (Pfeifenberger) 655.
Epidermis, menschliche, Lebensvorgänge (Merk) 525.
Epidermolysis bullosa (Bronson) 22.
Epididymitis, Behandlung der blennorrhoischen E. mit Methylchlorid (Roger) 43.
— sympathica et blennorrhoica (Porosz) 9; (Westberg) 289.
Epilepsie und Prurigo (Callari) 188.
Epithelialgeschwulst, Subepidermoidale (Whitfield) 21.
Epithelioma adenoides cysticum (Wolters) 122.
— disseminiertes seborrhoisches (Ohmann-Dumesnil) 626.
— der Schleimhaut, Leukocyten beim (Polier) 471.
Epitheliomatosis juvenilis (Audry) 177.
Erektile Tumoren des Haarbodens (Babes) 473.
Erwerbsunfähigkeit bei Hautkrankheiten (Neuberger) 568.
Erysipel und Masern, Einfluſs auf die Epilepsie (Clarke und Sharp) 250.
Erythema elevatum (Gilchrist) 447.
— exsudativum multiforme (Heller) 244.
— induratum und Tuberkulose (Carle) 415.
— — Bazin (Mantegazza) 174.
— pruriginosum senile (Fürst) 170.
Erythematöser Ausschlag nach Borsäure (Hall) 243; (Handford) 243.
Erytheme der Tuberkulose (Raymond) 414.
Erythrodermie pityriasique (White) 444.
Erythromelalgia (Elsner) 245.
— nach Influenza (Crespolani) 245.
Exanthem, merkurielles (Callomon) 198.
— rötelnartiges (Allgeyer) 198.
Exantheme, syphilitische, die histologischen Merkmale im Vergleich mit den klinisch ähnlichen Dermatosen (Krzysztalowicz) 205. 261.
Extragenitalschanker (Ohmann-Dumesnil) 546.

Farbstoff, gebildet von Pediculus pubis (Oppenheim) 399. 525.
Favus (Trutti) 460.

Favus, primärer, des Gesichts (Malinconico) 469.
— Behandlung mit Wasserstoffsuperoxyd (Simonelli) 137.
Favusfälle (Rille) 165.
Favuskranke in Mailand (Decio) 137, 460.
Fibromatose nach Syphiliden, Narbige (Campana) 124.
Filatowsche Flecke bei Masern (Falkener) 250.
Finsenapparat, modifizierter (Moberg) 528,
Folliculite atrophiante (Pseudopelade) Brocq (Klingmüller) 85.
Follikelerkrankung (Bronson) 595.
Formalindesinfektion in der Urologie (Loeb) 480.
Furunkulosis (Arning) 309.
— behandelt mit Bierhefe (Panichi) 138, 409.

Galenus und sein Verhalten zur Therapie der Hautkrankheiten (Cohn) 362.
Gefrierbehandlung des Ulcus molle und Lupus vulgaris (Arning) 521.
Gehirnsyphilis (Mantegazza) 137,
Geisteskrankheiten und Syphilis (Jolles) 558.
Gelenkabscesse, metastatische (Johnson) 632.
Gerber, Geschwür an den Händen bei den (Brocq und Laubry) 24.
Geschlechtsapparat des Mannes (Eberth) 480.
— — Prophylaxe der funktionellen Störungen (Rohleder) 139.
Geschlechtskrankheiten (Keys und Chetwood) 541.
— unter den Studenten (Scholtz) 182.
Geschlechtstrieb, Entwickelung (Ellis) 627.
Geschwülste bei Xeroderma pigmentosum-Kaposi (Kreibich) 396.
Geschwüre der Hände, multiple (Hall) 232.
Glutol bei infizierten Wunden (Mohr) 653.
Gonokokkus, seltene Lokalisationen (Torelli) 631.
— Kulturmethode (Niessen) 623.
— im Blute (Jullien) 39.
— in den blennorrhoischen Sekreten (Ravogli) 129, 632; (Herz) 123.
— in Urethralfäden (Winkler) 253; (Leven) 512.
— Blennorrhoische Endocarditis und Züchtung des (Lartigeau) 41.
— und Therapie der chronischen Blennorrhoe (Wossidlo) 39.
Gonokokkenbefunde bei alten und bei gefangenen Prostituierten (Lochte) 335.
Gonokokkencystitis kompliziert durch heftige Blasenblutungen (Heller) 126.
Gonokokkenfärbung, neue (Plato) 640.
Gonokokkeninfektion (Ground) 39.
— bei Säuglingen (Johnson) 632.
Gonorol (Meissner) 401.
Gonorrhoe, s. Blennorrhoe.
Granuloma innominatum lupiforme (De Amicis) 472.
Granulome, subcutane (Milian) 473.
Grundsubstanz (Schaeffer) 639.
Gummata, Genese (Kulisch) 520.
Gummöses Ulcus der Blase (Mc Gowan) 293.

Haare, Ausscheidung des Arseniks durch die (Knecht und Dearden) 185.
— kongenitale mangelhafte Entwickelung (Danlos) 441.
Haarausfall, experimenteller (Bettmann) 598.
— und Thalliumaceticum (Bettmann) 598.
Haarbodens, Neues Verfahren zur Exstirpation der erektilen Tumoren des (Babes) 473.
Haarkrankheiten, Röntgenbestrahlung (Schiff) 527.
Haarschwund (Jackson) 443.
Hämatologie der Niereninsufficiens (Kövesi und Juranyi) 629.
Hämoglobinuria, paroxysmale (Martini) 477; (Le Gendre) 553.
Hämophilie behandelt mit Liquor Thyreoidei (Jones) 239.
Hämorrhagien, Influenza mit (Bénaky) 198.
Hansen, Armauer (Lic) 451.
Hansenscher Bacillus im Blute der Leprakranken (Azzarello) 138.
Harn, Chemische Zusammensetzung von Blut und H. bei Alopecie (Jacques u. Portes) 24.
— Traubenzucker im (Lohnstein) 451; (Malfatti) 450, 458.
— bei Erkrankungen der Sexualorgane des Mannes (Heitzmann) 294.
Harnblase s. Blase.
Harncylinder bei Diagnose der Nierenaffektionen (Gimenez) 494.
Harn - Desinfektion durch Urotropin (Schumburg) 495.
— Eiweifsgehalt (Tardelli) 496.
Harngenitalwege, Chirurgie der (Harrison) 479.
Harnleiteranomalien, chirurgische Behandlung (Grosglik) 599.
Harnorgane-Tuberkulose 453.

Harnröhre s. Urethra.
— Fremdkörper in der (Clouckek) 483; (Schulze) 483.
Harnröhren- und Blasenaffektionen behandelt mit Hg oxycyanatum (Genouville) 92.
Harnröhren- und Blasenspülungen, Spülbecken für (Ledermann) 688.
Harnröhrenstriktur s. Striktur.
Harnuntersuchung, Methodik (Jolles) 494.
— Irrtümer (Heitzmann) 495.
Harnwege, Prophylaxe bei Krankheiten der (Nothafft und Kollmann) 180.
Haut, Absorption durch die (Pesci und Andres) 183.
— Muskulatur der (Vignoli-Lutati) 619.
— Nervenverteilung in der (Blaschko) 81.
— und Hände, Bimsteinalkoholseife in fester Form als Desinfiziens für (Pförringer) 652.
— des Gesichts, Einwirkung der Dampfbäder auf die (Steiner) 651.
— Einwirkung von Hitze, Kälte und feuchter Wärme auf Entzündungsprozesse in der (Schäffer) 449.
— Einfluſs des Lichtes auf die gesunde und kranke (Ullmann) 190; (Möller) 537.
— Wirkung der Röntgenstrahlen auf die (Scholtz) 191; (Hahn) 191, 192.
— Wirkung hochgespannter Ströme auf die (Schiff) 192.
— Angiosarkom der (Fordyce) 445.
— Hyaline Degeneration der (Dockrell) 183.
— Benigne, epitheliale Tumoren der (Buxton) 25.
— Medullarkrebs der (Kreibich) 397.
— Milzbrand der (Herrmann) 448.
— Pigmentiertes Neoplasma der (Sequeira) 20.
— Pigmentierung durch den Demodex folliculorum (Dubreuilh) 478.
— Sarcoma und sarkoide Geschwülste der (Johnston) 233.
— Sensibilitätsstörungen der (Haenel) 184.
— Trichophytie der (Fox) 21.
— Tuberculosis verrucosa der (Senisi) 416.
Hautanästhesie Tabetischer, Lokalisation (Grebner) 141.
Hautatrophie (Krzysztalowicz) 574.
— idiopathische, diffuse (Krzysztalowicz) 369.
Hautausschlag bei Pseudo - Leukaemia lymph. (Audry) 530.
Hautcarcinomen-Behandlung ohne Operation (Stelwagon) 471.
Hautendotheliom (Fordyce) 445.
Hautepitheliom, Behandlung mit Kasuistik (Allen) 129.
Hautfarbene Puder, Salben und Pasten. Herstellung (Goldschmidt) 135.
Hautgangrän der Kinder (Veillon und Hallé) 91.
Hautgeschwüre behandelt mit Jodtinktur, Torpide und Tuberkulose (Behrmann) 135, 401.
Hautkrankheiten (Jarisch) 28.
— Handbuch (Mraček) 236.
— im russischen Volke, Syphilis, venerische und (Demitch) 650.
— Erwerbsunfähigkeit bei (Neuberger) 568.
— und Lebensversicherung (Grosse) 604.
— Parasitäre (Corlett) 445.
— Streptokokken bei der Ätiologie der (Sabouraud) 591.
— Maligne (Bronson) 445; (Hartzell) 445; (Shepherd) 445.
— Komplikationen (Wallis) 640.
— Allgemeine Therapie der (Saalfeld) 187.
— Diätetik und Hygiene bei (Martin) 628.
— spezielle Therapie der (Ledermann) 186.
— Behandlung einiger gewöhnlicher (Abraham) 189.
— Aktinotherapie bei (Gottheil) 646.
— Kältebehandlung der (Saalfeld) 651.
— Die Phototherapie der (Leredde) 647.
— Behandlung mit Finsens Lichttherapie (Morris) 592.
— behandelt mit Röntgenstrahlen (Hahn) 191, 192.
— und Schwefelwasser (Winkler) 650.
— Medikamentöse Seifen bei (Rohleder) 652.
— Spannungselektricität bei der Behandlung von (Freund) 645; (Winkler) 501.
— Thonverbände bei (Wallis) 129.
Hautkrebs (Ravogli) 446.
Hautmetastasen, Blennorrhoische (Paalsen) 44.
Hautmuskulatur (Vignolo-Lutati) 619.
Hauttransplantationen unter Gefrieren (Torrance) 650.
Hauttuberkuliden mit Tuberkelbacillen (Macleod und Ormsby) 595.
Hauttuberkulose, Multiple H. nach Röteln (Du Castel) 86.
— nach einer syphilitischen Infektion (Hallopeau und Fouquet) 89.
Hautveränderungen durch Abdominaltyphus (Sibirski) 184.
Hefegärung zum Nachweis des Traubenzuckers im Harn (Malfatti) 453.
Heftpflastersuspensorium (Gerson) 656.
Heilserum in der Therapie (Vidal) 654.
Heifse Luft bei Lupus (Hollaender) 419.
Hereditär-syphilit. Descendenz (Jullien) 537, 551; (Neumann) 552.

Herpes genitalis 178.
— gestationis (Jones) 405.
— progenitalis (Cooper) 245.
— tonsurans s. Trichophytie.
— zoster s. Zoster.
Hirnsyphilis (Molli) 559; (Kosslin) 560.
Histologie, spez. pathologische (Dürck) 541.
Hodengeschwülste (Wathen) 627.
Hodenspätsyphilis (Talley) 627.
Hodentuberkulose (König) 439; (Abell) 626.
Horncystenbildung, Pemphigus chronicus mit (Mertens) 463.
Horngebilde, atypische (Herxheimer und Hildebrand) 121.
Hydrargyrum oxycyanatum bei Harnröhren- und Blasenaffektionen (Genouville) 92.
Hydrocele, Inversion der Tunica vaginalis wegen (Greene) 294.
— der Tunica vaginalis (Mauclaire und Vinsonneau) 458.
Hydrokystadenom (Gasmann) 440.
Hydrops anasarca, ein Apparat zur mechanischen Behandlung des (Dehio) 199.
Hygiene bei Hautkrankheiten (Martin) 628.
Hygrome, verkalkte (Milian) 473.
Hyperkeratosis diffusa congenita (Snessareff) 461.
Hyperkeratosis congenita (Rauh) 85.
Hyperkeratotisches Ekzem (Maillard) 461.
Hypertrichosis auf einem von gonorrhoischem Gelenkrheumatismus ergriffenen Arm (Karwowski) 201.

Jacksonsche Epilepsie (Le Gendre) 552.
Ichthargan (Aufrecht) 193; (Lohnstein) 51.
— bei Blennorrhoe (Fürst) 639; (Leistikow) 328.
Ichthyol bei Pustula maligna (Jaffé) 600.
Ichthyosis (Bockhart) 616.
Impetigo (Oehler) 463.
— des Gesichts Sykosis trichophytica vortäuschend (Balzer) 89.
— circinata (Unna) 27.
— contagiosa bullosa (Grindon) 27.
— — — und ihre Bakteriologie (Engmann) 26.
Impotentia virilis, Therapie (Zabludowski) 491.
— Johimbin bei (Krawkoff) 491.
— infolge Tripper (Filarétopoulo) 634.
Induktionsfunkenlicht (Strebel) 528.
Induration, plastische der Copora cavernosa penis (Sachs) 481.
Infektiosität chronischer, postblennorrhoischer Urethritiden (Scholtz) 126.
Infizierte Wunden, Glutolbehandlung (Mohr) 653.
Influenza mit Hämorrhagien (Bénaky) 198.
Injektion, tinktorielle (Beck) 524.
Initialsklerose der Nasenschleimhaut (Garel) 547.
— des Daumens (Pinatelle) 547.
Innervation der Blase (v. Zeissl) 485.
Intercellularsubstanz (Schäffer) 639.
Intoxikationsexanthem und Nephritis infolge Verbrennung (Fraenkel) 242.
Jod, Nachweis (Blomquist) 394.
Jodgehalt, physiologischer, der Zellen und Gewebe (Justus) 642.
Jodipin in der Syphilistherapie (Grouven) 395; (Welander) 393.
Jodipin-Injektionsbehandlung (Möller) 395.
Jodkalium, Jodalbacid und Jodipin (Welander) 393.
Jododerma tubero-bullosum (Mayer) 597.
— tuberosa fungoides (Rosenthal) 390.
Jodolen (Jordan) 610.
Jodtinktur bei torpiden und tuberkulösen Hautgeschwüren (Behrmann) 135, 401.
— in der Syphilistherapie (Richter) 528.

Kältebehandlung der Hautkrankheiten (Saalfeld) 651.
Kalomeleinspritzungen, Muskelverhärtung infolge von (Audry) 230.
Karbunkel (Berg) 515; (Carothers) 130.
Kataplasmen bei blennorrhoischer Arthritis und Tendovaginitis etc. (Freudenberg) 45.
Keloidbehandlung (Tschlenoff) 593.
Keloide, spontane multiple (Reiss) 166.
Keratodermie, Kongenitale (Juliusberg) 85.
Keratoma hereditarium palmare et plantare (Vörner) 120.
Keratosis follicularis (Little) 20; (Sokoloff) 593.
Kittsubstanz (Schäffer) 639.
Knochensyphilis (Müller) 520.
Kochsalzlösungen, physiologische bei Blennorrhoe (Woodruff) 639.
Krebs heilbar? (Adamkiewicz) 231.

Lebensversicherung und Hautkrankheiten (Grosse) 609.
Lebersyphilis (Fischer) 557.
Lepra 448.
— in China (Wittenberg) 305.
— in Dalmatien (Glück) 393.
— im Dongebiete (Grünfeld) 181.
— in den englischen Kolonien (Jeanselme) 302.

Lepra in dem französischen Indochina (Jeanselme) 303.
— in der Halbinsel von Indochina und Yünnan (Jeanselme) 303.
— in Kreta (Ehlers) 131; (Ehlers und Kreta) 304, 452.
— in Südafrika (Hutchinson) 130; (Hillier) 304.
— Ansteckungsquellen (Gravagna) 178.
— Kontagiosität (Booth) 410; (Palm) 411; (Scott) 411.
— vermutliche (Bloom) 411.
— der Augen (Neve) 413.
— — anaesthetica (Dacco) 453.
— tuberosa (Rille) 165; (Mantegazza) 411.
— — mit Lokalisation an den Fufssohlen (Rille) 130.
— Prophylaxe (Herbsmann) 410; (Morrow) 453.
— Behandlung mit Chaulmoograöl (Hallopeau) 134.
— Fälle von Genesung (Hutchinson) 131.
— Behandlung mit Klapperschlangengift (Goldschmidt) 418.
Leprabacillus, Lokalisation (Jeanselme) 412; (Pernet) 412.
Lepra frage in Bulgarien (Béron) 131.
Leprakranke, Der Hansensche Bacillus im Blute der (Azzarello) 138.
Lepraverfügungen für Bengalen und Indien (Hutchinson) 131.
Lepröse, Visceralerkrankungen (Schaefer) 132.
— in der Klinik zu Palermo (Callari) 409, 460.
Leukocyten beim Epitheliom der Schleimhaut (Polier) 471.
Leukodermia mit Morphoea und Alopecia (Eddowes) 593.
Leukoplakia buccalis (Fournier) 552; (Combalat) 603.
Leukoplakien (Perrin) 389.
Leukoplasia (Winfield) 23.
Lichen chronicus (Scholtz) 448.
— planus (Allen) 23; (Radaeli) 459.
— — annularis (Engmann) 290.
— — der Nägel (Dubreuilh) 290.
— — Behandlung mit Quecksilber (Lusk) 291.
— ruber monileformis (Bukovsky) 397.
— simplex chronicus (Marcus) 621.
— scrophulosorum (Colombini) 408.
Lichenartige Eruption bei einem Syphilitiker (Fournier) 440.
Licht, Einfluss auf die Haut (Möller) 537.
Lichtstrahlen, konzentrierte chemische (Schüler) 647.
Lichtherapeutisches Instrumentarium (Lortet und Genoud) 623; (Strebel) 649.
Lichttherapie (Blaschko) 81; (Leredde) 647; (Lindemann) 648.
Lichttherapie verschiedener Art (Minin) 648; (Görl) 648.
— im „London Hospital" (Mackenzie) 191.
— vorzeitige Urteile (Below) 192.
Lipom des Samenstranges (Fraikin und Rocher) 491.
Lithotripsie unter Analgesie durch Kokainisierung des Rückenmarks (Kallionzis) 120.
Lupöse Gewebe, Veränderung bei Lichtbehandlung (Gelbowsky) 417.
Lupus erythematosus s. Ulerythema centrifugum.
— pernio der linken Ohrmuschel (Ciarrocchi) 417.
Lupusbehandlung (Lang) 387; (Derville) 413; (Werther) 409; (Varney) 499.
— in verschiedenen Kliniken (Speranski) 594.
— Elektrotechnische Terapie des (Danlos) 88.
— Gefrierbehandlung (Arning) 521.
— mit heifser Luft (Hollaender) 419.
— mit Kalium permanganicum (Leredde) 88.
— Radikalexstirpation (Reimer) 419.
— mit Röntgenstrahlen und Finsenlicht (Blaschko) 81; (Holland) 418; (Scholefield) 419.
— Tuberkulin bei der (Maynard) 418.
Lupus-Carcinom (Ashihara) 399.
Lymphangiektasie, symmetrische, beider Oberlieder (Aubaret) 474.
Lymphangitis, Massage (Batsch) 465.
Lymphangioma circumscriptum cutis (Schnabel) 125.
— cysticum congenitum (Ligorio) 474.
Lymphdrüsen, Sekundär-luetische Erkrankung der (Jesionek) 29.
Lymphdrüsensystem und Syphilis (De Amicis) 545.
Lymphdrüsen- und Hauttuberkulose nach einer syphilitischen Infektion (Hallopeau und Fouquet) 89.
Lymphocyten und Plasmazellen in genetischer und morphologisch tinktorieller Hinsicht (Pappenheim) 340.
Lymphtumor, Intrapräputial gelegener blennorrhoischer (Mysing) 42.

Mal perforans 451.
Malum perforans plantae pedis (Dubreuilh und Denier) 476.
Masern s. Morbilli.
Maserninfektion der Keuchhusteninfektion antagonistisch? (Young) 249.
Masernotitis, Prophylaxe (Weiss) 251.
Massage bei Lymphangitis (Batsch) 465.
Meatotomie, Blutstillung und Nachbehandlung (Baer) 90.

Medikamentöse Seifen (Rohleder) 652.
Medullarkrebs der Haut (Kreibich) 397.
Melkerknoten (Bruhns) 420.
Meningitis basilaris syphilitica praecox (Hoffmann) 560.
— blennorrhoica (Hoening) 535.
Merkur s. Quecksilber.
Merkuriol (Guiteras) 52.
Merkurkolloid (Werles) 655.
Metalle, die kolloidalen Lösungen der (Galeotti) 192.
Migräne bei Gehirnsyphilis (Lamy) 560.
Mikrobiennester der Urethra (Janet) 457.
Mikroorganismen, pathogene, Jahresbericht (Baumgarten und Tangl) 599.
Milzbrand der Haut (Herrmann) 448.
Morbilli, die Filatowschen Flecke bei (Falkener) 250.
— und Erysipel, Einfluſs auf die Epilepsie (Clarke und Sharp) 250.
— pemphigoides mit Diphtherie (Zuhr) 250.
Morbus Addisonii s. Addisonsche Krankheit.
— maculosus Werlhofii und Syphilis (Silberstein) 239.
Morphoea (Sherwell) 23.
— Alopecia und Leukodermie (Eddowes) 593.
Muskelverhärting infolge von Kalomeleinspritzungen (Audry) 230.
Muttermalkrebs (Pollitzer) 446.
Myelitis, Blennorrhoische (Labbé) 47.
Mykosis fungoides (Potts) 406; (Sonnenberg) 605.
Myositis blennorrhoica (Ware) 634.
Myxödem (Dubois-Havenith) 472; (Ceñal) 476.

Nachkommenschaft hereditär Syphilitischer (Burnier) 388.
Nachtripper (Goutte militaire) (Jullien) 37.
Naevi, systematisierte (Okamura) 167.
Naevus linearis (Montgomery) 594.
— lichenoides pruriginosus (Rauh) 85
Nagelerkrankungen, Kasuistik (Heller) 170.
Narbenbildung nach serpiginösen Syphiliden (Morrow) 28.
Narbenschrumpfblase (Rotschild) 486.
Nenndorfer Schwefelseife (Forchheimer) 194.
Neoplasma der Haut, Pigmentiertes (Sequeira) 20.
Nephritis syphilitica praecox (Stepler) 556.
Nervenendigungen in den Epithelien (Pighini) 408.
Nervenverteilung in der Haut in ihrer Beziehung zu den Erkrankungen der Haut (Blaschko) 81.
Neuritis syphilitica (Sarbó) 562.
Neurofibromatosis generalisata (Malherbe) 529.
— mit gleichzeitiger Skoliose (Audry) 25.
Neurofibrome (Campany) 124.
Neutralrot bei Phagocytose (Himmel) 531.
Nierenchirurgie, eine klinische Studie (Mac Laren) 173.
Nierendiagnostik, funktionelle (Casper und Richter) 179.
Niereninsufficienz, Hämatologie (Kövesi und Suranyi) 629.
Nierenkrankheiten, Diagnostik (Gellert) 533.
Nierentuberkulose (Leguen) 175.
Nitriten bei Syphilis (Browning) 602.
Noma (Matzenauer) 523.
Nosokomialgangrän (Matzenauer) 523.

Oedema migrans (Smith) 406.
— akutes rheumatisches (Forres) 199.
— der Lider, arthritisches (Trousseau) 200.
Oleum santali ostind. (Meissner) 401.
Ononis spinosa Stiche (Hallopeau) 442.
Orthoformekzem (Ruhemann) 197.
Orthoformvergiftung (Friedländer) 196.
Osteomyelitis blennorrhoica (Ullmann) 44.
Othaematom bei Syphilis (Zeisler) 444.

Päderastie bei den Naturvölkern 536.
Pagetsche Krankheit (Asselbergas) 472; (Dubois-Havenith) 472; (Dubreuilh) 592, 623.
— — der Vulva (Dubreuilh) 623.
Panaritien, Behandlung (Schulze) 466.
Pazaritium, tuberkulöses (Gauthier) 417.
Paraffininjektionen, subcutane (Meyer) 189.
Parakeratosis variegata (Mac Leod) 20; (Fox und Mac Leod) 455, 457.
Paralyse, allgemeine, und Syphilis (Smith) 561.
Parasitäre Hautkrankheiten (Corlett) 445.
Pasta serosa Schleich (Scharff) 436.
Pediculus pubis, Farbstoff gebildet von (Oppenheim) 399.
Pellagra, Arterielle Hypoplasie bei (Sergent) 239.
Pellagrahaut, Histologie (Vollmer) 398.
Pemphigus des Auges (Pergens) 534.
— cronicus mit Horncystenbildung (Mertens) 463.
— neonatorum (Glasson) 464; (Hogdson) 464; (Richter) 596.
— mit therapeutischen Hinweisen (van Harlingen) 129.
Perineum, Verband (Schiff) 528.

Perivesikale Entzündungsprozesse (Bierhoff) 487.
Perubalsam (Erdmann) 195.
— bei Krätze (Hallopeau) 442.
Peruol (Lassar) 171.
Pflasterbinden, Elastische (Gerson) 195.
Phagocytose, Studium der blennorrhoischen (Himmel) 531.
Phalangitis der Säuglinge (Hochsinger) 553.
Pharmaceutische Notizen (Skinner) 231.
Phlebitis, variköse (Karewski) 476.
Phosphaturia calcaria dyspeptischen Ursprungs (Robin) 32.
Photographie im Jahre 1901 (Aaarland) 182.
Phototherapeutischer Apparat (Lortet und Genoud) 171.
— — von Lortet und Genoud ohne Kondensator (Gastou) 86.
Phototherapie s. Lichttherapie.
Pigmentnaevus (Bäumler) 478.
Pigmentsarkom. idiopathischer, multipler (Sequeira und Bulloch) 232.
Pikrinsäure bei Blennorrhoe (De Brun) 639.
— Behandlung des Ulcus varicosum mit (Desmous) 231.
— Behandlung der Verbrennungen mit (Loschzilow) 241.
Pityriasis rubra Hebrae (Kopytowski und Wielowieyski) 393; (Pietowreyski und Kopytowski) 457; (Tschlenow) 530.
— — pilaris (Whitehouse) 22; (Beatty) 593.
— versicolor, zur Bakteriologie (Matzenauer) 124.
Plaque indurée (Galewsky) 520.
Plasmazellen, Eine neue chemisch-elektive Doppelfärbung für (Pappenheim) 79.
— und Lymphocyten in genetischer und morphologisch - tinktorieller Hinsicht (Pappenheim) 340.
Pocken s. Variola.
Polentladungen, Physiolog. Wirkungen der (Freund) 140.
Polyneuritis mercurialis oder syphilitica (Strauss) 522.
Primeldermatitis (Buri) 580.
Prostata, Steine der (Pasteau) 93.
Prostatahypertrophie (Goldmann) 439; (Posner) 493; (Krotoszyner) 173.
— Resektion der Vasadeferentia bei (Kudinzew) 127.
— Bottinische Operation bei (Stern) 533.
Prostatakinesitherapie (Pietranera) 494.
Prostatatectomie (Bell) 292; (Loumeau) 494.
Prostatismus, Behandlung (Guiard) 531.
— vom anatomisch-pathologischen Standpunkte aus (Ciechanowski) 120.
Prostatitis (Goldberg) 492.
Prostatitis, Zur Therapie der (Herz) 331.
— Phänomen der schwimmenden Tropfen (Schlagintweit) 90.
Prostituirten, Gonokokkenbefunde bei (Lochte) 335.
— Untersuchung der (Gumpertz) 35.
Protargol (D. Haenens) 94; (Adler 94; (Fertig) 94; (Blanck) 94; (Niessen) 95; (Goldmann) 197; (Strano) 639.
Prurigo (Holder) 23.
— und Epilepsie (Callari) 138.
— mit papulösem Syphilid (Pick) 245.
Pseudoleukämie (Kirkoroff) 471.
— lymphatica (Audry) 530.
Pseudolupus erythematosus (Du Castel) 86.
Psoriasis rupioides (Audry) 290.
Pseudovenerische Läsionen (Dron) 241.
Psoriasis (Hallopeau) 85; (Gerstle) 401.
— Einfluß des reinen Traumaticins und Chrysophansäuretraumaticins auf die (Hallopeau) 86.
— palmaris, Heilung (Buret) 555.
— feuchte Formen (Benassi) 460.
— Thyreoidenbehandlung (Ewald) 462.
Purpura (Galloway) 21; (Weiss) 399
— und Anämie (Muir) 239.
— haemorrhagica und Tuberkulose (Pratt) 593.
Pustula maligna, Behandlung mit Ichthyol (Jaffé) 600.
— — Phenolo- und Serotherapie (Federici) 467.
Pyelitis, Urotropin bei (Simpson) 130.

Quaddelartige Läsionen bei Syphilis (Klotz) 446.
Quecksilber, Eindringen im Körper 620.
— Remanenz im Körper (Welander) 620.
— Aktion auf das syphilitische Gewebe (Justus) 391. 565.
— im Harn (Farup) 167.
— im Mundspeichel (Oppenheim) 166.
— bei Syphilis (Wollemann) 601.
Quecksilber-Angina (Lanz) 195.
Quecksilberexanthem (Callomon) 403.
Quecksilberinjektionen bei Syphilis (Porter) 601.
Quecksilberkuren und Tabes (Neisser) 519.
Quecksilberresorption bei der Schmierkur (Juliusberg) 122.
Quecksilbersäckchen, Welandersche (Geschwend) 601.
Quecksilbersalz-Injektionen, Schorfbildung (Casoli) 644.
Quecksilbertherapie (Deutsch) 567.
Querstreifung der Nägel bei den Irren (Treves) 142.

Radikalexstirpation bei Lupus (Reimer) 419.
Radiotherapeutische Erfahrungen (Benedikt) 546.
Radiotherapie, Agens in der (Schiff und Freund) 190. 192.
Rectalblennorrhoe (Karo) 43.
Reinfectio syphil. (Sukow) 531; (Nobl) 547; (Laurent) 549.
Resorbin als Salbengrundlage (Mindes) 197.
Rhagaden, syphilitische, Heilung (Buret) 555.
Rheumatismus gonorrhoicus (Schuster) 526.
Rhinoskleroma (Solger) 621.
Rhinoskleroma (Javecky) 468.
Riesenzellen beim Epitheliom der Schleimhaut (Polier) 471.
RingförmigerKnotenausschlag(Gilchrist) 447.
Röntgenausstellung 96.
Röntgenstrahlen im Dienste der praktischen Medizin (Kümmell) 191; (Immelmann) 646.
— Wirkung auf die Haut (Scholz) 191; (Hahn) 191, 192.
— Schutz des Untersuchers (Levy-Dorn) 439.
— bei Akne (Hahn) 527.
— bei Alopecia areata (Holzknecht) 528.
— bei Ekzem (Hahn) 527.
— bei Haarkrankheiten (Schiff) 527.
— bei Lupus (Grouven) 527; (Holland) 418; (Scholefield) 419.
— bei Skrophuloderma (Grouven) 527.
— Schädigungen (Schürmayer) 527.
Röteln, Hauttuberkulose nach (Du Castel) 86.
Roth'sche Leuchtbougies, Tripperheilung mit (Below) 50.
Rückenmarkserkrankungen bei Neugeborenen und Säuglingen (Peters) 402.

Samenbläschen, pathologische Anatomie (Duhot) 406, 490.
Samenkörperchen, Geschichte (Launois) 489.
Samenstrang-Lipom (Fraikin und Rocher) 491.
Sapolan (Sellei) 1.
— Erfahrungen über (Appel) 807.
Sarcoma und sarkoide Geschwülste der Haut (Johnston) 233.
Scabies, Artificielles Ekzem (Ottorino) 461.
— Perubalsam bei (Hallopeau) 442.
Scarlatina, klinische und pathologische Studie (Shamberg) 247.
— Dauer der Infektiosität (Cameron) 247.
— Veränderungen der Leber bei (Roger und Garnier) 249.
— fragmentärer (Sommer) 248.
— maligna (Marschall) 248.
— pemphigoides (Somers) 248; (Baylor) 249.
— Ichthyolbehandlung (Kraus) 249.
Schanker, Harter s. Initialsklerose.
— Weicher s. Ulcus molle.
Scharlach s. Scarlatina.
Scharlachrückfälle (Pearson) 247.
Schleichs Methoden und Präparate (Wittkowski) 651.
Schleimhautaffektionen der Harnröhre, syphilitische und blennorrhoische (von Niessen) 235.
Schmierseife, Verätzung durch (Langen) 242.
Schorf nach Injektion von Quecksilberjodid (Brocq) 89.
Schorfbildung nach Injektion von Quecksilbersalzen (Casoli) 644.
Schuppenbildung an den Lippen (Stelwagon) 445.
Schutzpockenimpfung s. Vaccination.
Schwefel und seine Derivate (Jackson) 194.
Schwefelcrême, Gänsefett und rohes Petroleum, therapeutische Notizen (Jackson) 292.
Schwefelwasser und Hautkrankheiten (Winkler) 650.
Seborrhoe. Pathologie (Loth) 462.
Seife, kosmetische und therapeutische Bedeutung der (Jessner) 237.
Seifenspiritus, fester (Pförringer) 653.
Sensibilitätsstörungen der Haut (Haenel) 184.
Serotherapie der Syphilis (Piccardi) 136.
Sexualorgane des Mannes, Harn bei Erkrankungen der (Heitzmann) 294.
Sexuelle Zwischenstufen (Hirschfeld) 535.
Silberekzem (Mohr) 243.
Silberseife (Galewsky) 523.
Sklerodermia (Haenel) 603.
— circumscripta (Sarubin) 91. 409.
— Behandlung (Ullmann) 521.
— Anwendung von überhitzter Luft. (Neumann) 477.
— geheilt durch Elektrolyse (Balzer) 440.
— Tallermansystem bei (Ewald) 462.
Sklerom, systematisches Studium (Schrötter) 599.
Sklerose, tertiäre (Lochte) 545.
Skorbut (Testi und Bebi) 239; (Haenel) 603.

Skrophuloderma, Röntgenstrahlen bei (Grouven) 527.
Spätsyphilis, Übertragbarkeit (Sack) 523.
Spannungselektricität bei Behandlung der Hautkrankheiten (Freund) 645.
Spermakrystalle (Lewy) 490.
Spiritusverbände (Plato) 449. 656.
Spontankeloiden (Bille) 165.
Spülbecken (Sommer) 526.
— für Harnröhren- und Blasenspülungen (Ledermann) 638.
Spüldilatator, zweiblätteriger (Lewin) 452.
Staphylotoxin-Ekzem (Bockhardt) 421.
Steine der Prostata (Pasteau) 93.
Stomatitis aphthosa (Arthaud) 469.
— nach akutem Lichen planus (Short) 470.
Strangbildung in der Blase (Monié) 486.
Streptokokken bei der Ätiologie der Hautkrankheiten (Sabouraud) 591.
Striktur (Ribmer) 484; (Hayden) 638.
— traumatische (Berthier) 406.
Strikturen, Behandlung (Stein) 521.
— chirurgische Behandlung (Martens) 484.
— Urethrotomia interna bei (Hock) 485.
— bei Behandlung der Blennorrhoe (Stein) 483.
Sykosis trichophytica vortäuschende Impetigo des Gesichts (Balzer) 89.
Syphilid an den Augen (Danlos) 441.
— Narbenbildung bei serpiginösem (Morrow) 23.
— Prurigo mit papulösem (Pick) 245.
— mit konsekutiver narbiger Fibromatose (Campana) 124.
Syphilide, doldentraubenartige (Whitfield) 404.
— Miliare papulöse (Fox) 22.
Syphilis (Franklin) 546.
— Geschichte (Reber) 543.
— endemische (Neumann) 543.
— beim russischen Volk (Demitch) 650.
— in der englischen Marine (Greenhalgh) 544.
— Bakteriologische Untersuchungen (De Lisle und Jullien) 409.
— Heredität und Immunität (Niessen) 234.
— atypische Formen (Tarnowsky) 546.
— refraktäre (Schamberg) 562.
— Latenz (Ströhmberg) 545.
— Sterilisation (Fournier) 564.
— an der Stelle einer Brandwunde (Beaudoin) 441.
— maligna (Mironowitsch) 550; (Schäffer) 550; (Himmel) 625.
— des Haarbodens, Heilung (Buret) 555.
— des Hodens (d'Amato) 178; (Talley) 627.
— der Knochen (Müller) 520.
— der oberen Luftwege (Sieven) 555.
— der Nase und Pharynx (Parker) 556.
Syphilis des Nasenrachens (Fischenich) 555.
— Othaematom (Zeisler) 444.
— der Zunge (Heath) 554.
— tertiäre (Berthold) 550.
— der inneren Organe, Statistik (Dolgopolow) 409.
— Ascites infolge von (Kasem-Beck) 556.
— des Herzens geheilt (Zydlowicz) 557.
— der Leber (Fischer) 557.
— der Gallenblase (Robinson) 557.
— des Gehirns (Mantegazza) 137; (Moeli) 559; (Lamy) 560; (Kossin) 560.
— des Kleinhirns (Proksch) 169.
— und Geisteskrankheiten (Jolly) 558.
— Lähmungserscheinungen an den Augen bei (Lamy) 560.
— Allgemeine Paralyse bei (Smith) 561.
— und Carcinom (von Niessen) 235.
— und Leukoplakia buccalis, Beziehung zum Krebs (Fournier) 554.
— und Lymphdrüsensystem (De Amicis) 545.
— und Morbus maculosus Werlhofii (Silberstein) 239.
— und Schwangerschaft (Gaucher und Bernard) 564.
— und Tabes dorsalis (von Seligson) 561.
— und Tuberculose (Patoir) 549.
— Kampf gegen die (De Lavarenne) 543.
— Heilung (Jastrowitz) 565.
— Diagnose und Behandlung (Robinson) 30.
— Therapie, gegenwärtiger Stand (Klingmüller) 562; (Blaschko) 563; (Heuss) 565; Verrier) 565.
— Blennorrhoe gegen (Blue) 35.
— Behandlung (Justus) 390.
— — in Hots Springs (Jelks) 602.
— — mit Jodipin (Grouven) 395; (Welander) 393.
— — mit Lymphdrüsendekokt (Butte) 230.
— mit Merkur (Wollemann) 601.
— mit Nitriten (Broweing) 602.
— mit grossen Quecksilbermengen (Burschalow) 91, 409.
— mit Quecksilberdämpfen (Malazzo) 136.
— Injektionsbehandlung (Chotzen) 522.
— Serotherapie der (Piccardi) 136.
— hereditaria (Bruhns) 420.
— — die Descendenz (Jullien) 537, 551. (Neumann) 552; (Fournier) 388; (Pott) 551.
— — in der dritten Linie (Troisfontaines) 25.

Syphilis hereditaria, Dactylitis bei (Mraček) 553.
— — Jackson'sche Epilepsie und Hemiplegie bei S. h. geheilt mit Quecksilbereinreibungen (Le Gendre) 552.
— — Paroxysmale Hämoglobinurie bei (Le Gendre) 553.
— — Phalangitis der Säuglinge bei (Hochsinger) 553.
Syphilisation (von Niessen) 236.
Syphilisbacillus, Biologie des (von Niessen) 235.
Syphilis-Stammbäume (von Niessen) 235.
Syphilitiker, Alopecia areata der (Fournier) 557.
— Blutuntersuchung bei (Oppenheim und Löwenbach) 521.
— Lichenartige Eruption bei einem (Fournier) 440.
Syphilitische Angina pectoris (Breitmann) 538.
— Arthritis, Osteitis und Myositis (Gaucher) 88.
— Ataxie (Madeuf) 561.
— Dactylitis (Mraček) 553.
— Enteritis hereditaria (Lochte) 545.
— Fieber (Judin) 530.
— Infektion, Lymphdrüsen- und Hauttuberkulose (Hallopeau und Fouquet) 89.
— Kontraktur des Biceps (Audry) 530
— Meningitis basilaris praecox (Hoffmann) 560.
— Nephritis (Stepler) 556.
— Neuritis (Sarbó) 562.
— oder merkurielle Neuritis (Strauss) 622.
— Reinfektio (Suckow) 531; (Nobl) 547; (Laurent) 549; (Baurowicz) 398; (Marshall) 404.
— Rhagaden (Buret) 555.
— und blennorrhoische Schleimhautaffektionen der Harnröhre (von Niessen) 235.
— Thrombophlebitis nodularis (Blaschko) 520.
Syphiloderma nodulo-ulcerans praecox (Serra) 556.
Syphilom einer weiblichen Urethra (Audry) 230.

Tabes und Merkurialkuren (Neisser) 519.
— dorsalis und Syphilis (Seligson) 561.
Taillensuspensorium (Ihle) 96.
Talgdrüsen in der Wangenschleimhaut (Lublinski) 142.
Tallermannsystem bei Sklerodermie (Neumann) 477.
Thallium aceticum und Haarausfall (Bettmann) 598.
Thonverbände bei Hautkrankheiten (Wallis) 129.
Thrombophlebitis nodul. syph. (Blaschko) 520.
Thyreoidbehandlung der Psoriasis (Ewald) 462.
Todesfall im Frühstadium der Syphilis (Lochte) 546.
Toiletteseife, neue (Paschkis) 653.
Toxidermien, zusammengesetzte (Zatfiro) 185.
Trabekelblase bei der Frau (Pollock) 90.
Traubenzucker im Harn (Lohnstein) 451; (Malfatti) 450.
Traumaticin, Einfluſs des reinen T. auf die Psoriasis (Hallopeau) 86.
Traumatolglycerin, Behandlung von Fisteln und Schankerbubonen mit (Desmous) 231.
Tribadie bei den Naturvölkern 536.
Trichophytie der Haut (Fox) 21.
— und Mikrosporon (Cottin) 177.
— und Favus (Trutti) 460.
— Behandlung (Pignot) 462.
Tripper, s. Blennorrhoe.
Trophische Störungen, Besserung durch das elektrische Bad (Gaucher) 88.
Tuberkulide (Boeck) 386, 416; (Riehl) 415; (Juliusberg) 448.
Tuberkulin bei Lupus vulgaris (Maynard) 418.
Tuberculosis miliaris (Nobl) 414.
— und Erythema induratum (Carlé) 415.
— Die Erytheme der (Raymond) 414.
— verrucosa der Haut (Senisi) 416.
— der Vagina (Jorfida) 499.
— und Purpura haemorrhagica (Pratt) 593.
— und Syphilis (Patoir) 549.
Tumoren der Haut, Benigne epitheliale (Buxton) 25.
Tunica vaginalis, Inversion wegen Hydrocele (Greene) 294.

Ulceration des Gesichts, chronische (Thibierge) 175.
Ulcus Ducrey, Therapie (v. Pór) 135.
— durum auf dem weichen Gaumen (Druello) 530.
— molle (Simonelli) 465.
— — Gefrierbehandlung (Arning) 521.
— — Desinfektion von Wunden infiziert mit Eiter von (Giovannini) 121.
— rodens (Carle) 290; (Dubreuilh) 625.
— varicosum, behandelt mit Pikrinsäure (Desmous) 231.
Ulerythema centrifugum (Róna) 168; (Audry) 177; (Waldo) 405; (Himmel) 409.
— — bei Geschwistern (Róna) 477.

Unguentum Paraffini (Moscowics) 500.
Unterschenkelgeschwüre (Schulze) 475.
Uranismus 536.
Ureterenverlauf, Bestimmung (Loewenhardt) 454.
Ureterenkatheterismus beim Manne (Lewis) 130.
Ureteritis cystica (Róna) 128.
Urethra, Fremdkörper in (Cloircker) 483; (Schulze) 483.
— des Weibes, Divertikel der (Nicolich) 128.
— Mikrobiennester der (Janet) 457.
— Syphilitische und blennorrhoische Schleimhautaffektionen der (v. Niessen) 235.
— Syphilom der weiblichen (Audry) 280.
Urethra-Carcinom (Gayet) 482.
Urethralfäden, Gonokokken in (Winkler) 253.
Urethritis, chronische (Keersmaécker) 536; (Bastin-Williams) 638.
— Sitzbestimmung (Castracane) 408.
— postblennorrhoica (Valentine) 638; (Scholtz) 126.
— posterior, blennorrhoische 653.
Urethritiden, Bakteriologie (Barannikow) 409.
Urethro-Kalibromanometer (Vajda) 482.
Urethroskop (Otis) 532.
Urethrotomia externa (Wroedenski) 172; (Bolton) 292.
— — perineale (Gayet) 482.
— — — Nachbehandlung (Thomas) 485.
— interna bei Strikturen (Hock) 485.
Urin, s. Harn.
Urininfiltration und Elektrolyse (Imbert und Rose) 459.
Urogenitalapparat-Erkrankung, elektrische Behandlung (Walling) 480.
Urologie der Patienten mit Alopecia areata (Jacquet) 86.
Urotoposkop (Castracane) 408.
Urotropin (Suppau) 196.
— zur Harndesinfektion bei Typhusbakteriurie (Schumburg) 495.
— bei Pyelitis und Cystitis (Simpson) 130.
Urticaria mit Albuminurie (Günzburger) 200.
— bullöse (Carr) 200.
— pigmentosa (Bruhns) 420.
— pleuritica (Gómez) 200.

Vaccination (Fielder) 299.
— Technik (Weichardt) 301.
— in Bayern (Stumpf) 298.
— ästhetische (Jeannoset) 301.
— klinische Betrachtung (Fielder) 299.
— Dauer des Schutzes (Pfeiffer jun.) 300; (Viannay) 300.
Vaccination, Dermatitis traumatica nach der (Melvin) 128.
— Schwangerer Wöchnerinnen und Neugeborener (Palm) 299.
Vaccine und Variola (Funck) 296.
Vaccine-Übertragung, Kasuistischer Beitrag zur (Werner) 352.
Vagina-Tuberkulose (Jortida) 499.
Vaginitis, blennorrhoische (Robin und Dalché) 635.
Varicellen, Komplikationen (Krause) 251.
— bei einem neugeborenen Kinde (Grindon) 292.
Varicellenerkrankungen (Mulert) 251.
Varicen, Behandlung (Karewski) 476.
Varicocele, Radikalbehandlung (Chenisse) 491.
— der Labia majora (Rosenstein) 33.
Variköse Phlebitis (Karewski) 466.
Variola in Glasgow 252.
— in Hull (Mason) 252.
— in London 252.
— in Lyon (Courmont) 246.
— in Paris (Roger) 246.
— Epidemie 1900 (Kaufmann) 251.
— Behandlung mit rotem Licht (Engel) 297.
— Behandlung 297.
— Behandlung mit Salol (Begg) 297; (Biernacki und Jones) 298.
— einige Fälle von (Trinci) 296.
— Leukocytose bei der (Courmont und Montagard) 296.
— Prophylaxe (Faggioli) 297.
— in Stalybridge 295.
— mikrobiologische Untersuchungen (Roger und Weil) 296.
— haemorrhagica, Behandlung mit Calciumchlorür (Roger) 298.
— und Vaccine (Funck) 296.
Vasa deferentia, Resektion bei seniler Prostata-hypertrophie (Kudinzew) 127.
Vasogen (Roch) 198.
Venenresektion im Inguinalkanal (Chenisse) 491.
Venerische Krankheiten beim russischen Volk (Demitch) 650.
— — in Ägypten (Bey) 183.
— — Prophylaxe (Boureau) 27; (Marschalkó) 143.
Verbrennungen und Verbrühungen, Ursachen des Todes bei (Scholz) 241.
— behandelt mit Pikrinsäule (Loschzilow) 241.
Verrucca senilis und Carcinom (Browne) 473.
Versammlung (73.) deutscher Naturforscher und Ärzte 1901 in Hamburg 95.
Verschluſs von Wunden ohne Naht (Lilienthal) 185.
Vesikatorprobe (Roger und Josué) 641.
Vulva, Pagets Disease der (Dubreuilh) 623.

Vulvovaginitis der kleinen Mädchen (Siebert) 45; (Scheffield) 46.
— blennorrhoica der Kinder, Beteiligung der Uterusschleimhaut daran (Gassmann) 46, 635.

Wachstum der Nägel, Plötzliches Aufhören (Dubreuilh und Frèche) 92.
Warzen, Flache (Sequeira) 21.
Welandersche Quecksilbersäckchen (Geschwend) 601.
Wirkungen hochgespannter Ströme auf die Haut (Schiff) 192.

Xanthelasma, symmetrische, beider Unterlider (Jacqeau) 474.
Xanthoma (Sequeira) 20; (Rille) 475.
— diabeticum (Sherwell) 466.
Xanthoma dispersum (Matzenauer) 85.
— in Knoten und Tumoren (Duhot) 475.
Xeroderma pigmentosum, Tumoren bei (Kreibich) 396.
X-Strahlen-Verbrennung (Bloom) 240.

Yohimbin und dessen Salze (Bartholow) 194.

Zähne, Mifsbildung bei Diagnose hereditärer Lues (Gaucher) 441.
Zellsubstanzen, Über spontanen und künstlichen Transport von mikrochemisches Reagens (Unna) 342.
Zucker im Harn, Nachweis (Musset) 498.
Zuckerarten beim Kinde (Nobécourt) 498.

Namenverzeichnis.

Die mit * bezeichneten Artikel sind Originalarbeiten. Die Namen, bei denen keine Arbeiten angegeben, sind an den bezeichneten Stellen von anderen Autoren genannt.

Aarland, Die Photographie im Jahre 1901. 182.
Abbate 568.
Abell, J., Tuberkulose des Hodens und Nebenhodens 626.
Abraham, Ph. S., Behandlung einiger gewöhnlicher Hautkrankheiten 189.
Abranitscheff 57. 502.
Adamkiewicz, Ist Krebs heilbar? 231.
Addison 475.
Adler, Ernst, Beitrag zur Protargol-Behandlung der Blennorrhoe beim Manne und beim Weibe 94.
Albarran 92. 494.
Albert 231.
Allen, C. W., Fall von extensivem Lichen planus 23.
— 23.
Allen, G. W. 620.
Allgeyer, Rötelnartiges Exanthem nach Injektionen von Quecksilbersalicylat und Sublimat 198.
Alpár, A., Referate 38. 45. 142. 146. 188. 191. 196. 416. 420. 469. 476. 477. 485. 544. 551. 553. 557. 561. 562. 567. 568. 602. 636. 643.
D'Amato, Die Syphilis des Hodens 178.
De Amicis, Granuloma innominatum lupiforme im Gesichte und am Halse 472.
— Über die angebliche defensive, phagocytäre Bedeutung des Lymphdrüsensystems gegenüber dem syphilitischen Virus und den semiologischen Wert, der bei der Syphilis den verschiedenen Adenopathien zukommt 545.
Amsler 581.
Andersen, H. C. 536.
Ankermann 490.
*Appel, Julius, Erfahrungen über Sapolan 307.
Arnheim, A., Zur Behandlung der chronischen Blennorrhoe 49.
*Arning, Ed., Therapeutisches Detail bei der Behandlung der Furunkulosis 309.
— Gefrierbehandlung des Ulcus molle und Lupus vulgaris 521.
— 95. 132. 133. 410. 519. 520.
Arnold 531.
D'Arsonval 53. 54. 55. 57. 59. 60. 66. 69. 71. 74. 83. 140. 141. 191. 506. 534. 645.
Arthaud, Über die Stomatitis aphthosa und ihren Einfluſs auf die Entwickelung der chronischen Affektionen 469.
Artzberger 493.
Asch, Robert 644.
Aschkinass, Die Wirkung der Becquerelstrahlen 529.
Aschoff 322.
Ashihara, Über das Lupus-Carcinom 399.
Asselberghs, Zwei Fälle von Pagetscher Krankheit 472.
— 472.
Aubaret, Symmetrische Lymphangiektasie beider Oberlider 474.
Aubert 474.
Auché und Dubreuilh, Klinik und pathologische Anatomie des Ulcus rodens 624.
*Audry, Ch., Über das wirkliche Vorhandensein Cohnheimscher embryonaler Keime 18.
— Zur Histologie der Melanodermie parasitaria 25.
— Ein Fall von Neurofibromatose mit gleichzeitiger Skoliose 25.
— Epitheliomatosis juvenilis der äuſseren Geschlechtsteile 177.
— Ein dritter Fall von Lupus erythematosus mit Riesenzellen 177.

Audry, Ch., Histologischer Befund einer Muskelverhärtung infolge von Kalomeleinspritzungen, die drei Jahre vorher vorgenommen waren 230.
— Mikroskopische Untersuchung der Krusten einer Psoriasis rupioides 230.
— Histologie eines tertiären Syphiloms der Urethra eines Weibes 230.
— Ein Hautausschlag im Verlauf einer Pseudo-Leukaemia lymphatica 530.
— Über Natur und Behandlung der syphilitischen Kontraktur des Biceps 530.
— 104. 107. 109. 110. 116. 117. 143. 220
Aufrecht, Über Ichthargan 193.
— 50.
Auspitz 23. 210. 214. 216. 466.
Ausias 236.
Azzarello, Über den Nachweis des Hansenschen Bacillus im Blute der Leprakranken und über das Verhalten desselben und des leprösen Materials bei Inokulationen auf Tiere 188.

Babes, A., Ein neues Verfahren zur Exstirpation der erektilen Tumoren des Haarbodens 473.
— 140. 410.
Baer, Zur Blutstillung und Nachbehandlung der Meatotomie 90.
Balbiani 490.
Balmain 50.
Balzer, F., Ursachen der blennorrhoischen Allgemeininfektionen 40.
— Eine Sykosis trychophytica vortäuschende Impetigo des Gesichts 89.
— Durch Elektrolyse geheilte Sklerodermie 440.
— 388. 390. 440. 475.
— und Leroy, Über die Anwendung des Bismuthum citrico-ammoniatum allein und in Verbindung mit Argentum nitricum bei der Behandlung der Blennorrhoe 52.
Bang, Demonstration einer neuen Lampe 529.
— 82. 387.
Banzet, S., Über die Wahl der Katheter und einige Schwierigkeiten der Katheterisierung bei Prostatikern 493.
Barannikow, Zur Bakteriologie der Urethritiden 409.
Bard 494.
Barlow, Cystoskopische Befunde bei Blasentuberkulose 450.
— 622.
Barthélemy 57. 77. 89. 386. 389. 390. 503.
Bartholini 38. 385. 386. 388.
Bartholow, R., Yohimbin und dessen Salze, ein neues Aphrodisiakum 194.
— 194.
v. Basch 58.
Bassini 18.
Bastin-Williams, Über die Dilatation bei der chronischen Urethritis 638.
Bateman 288.
Batsch, Massage bei Lymphangitis 465.
Bäumler, Über einen Fall von wachsendem Pigmentnaevus mit eigentümlichen hydropischen Erscheinungen (Anasarka und vorwiegend einseitigem Pleuraerguſs) 478.
— 549.
Baumès 389. 552.
von Baumgarten und F. Tangl, Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen, umfassend Bakterien, Pilze und Protozoen 599.
Baur, K., Über blennorrhoische Arthritis 42.
Baurowicz, A., Ein Beitrag zur Wiederansteckung mit Syphilis 398.
Bayet, A., Über neurotische Alopecie 402.
Baylor, E., Ein Fall von Scarlatina pemphigoides 249.
Bazin 174. 190. 386. 446. 588.
Bazy 518.
Beard 58. 501.
Beatty, Fall von Pityriasis rubra pilaris 593.
Beaudoin, An der Stelle einer Brandwunde entstandenes tuberkulöses Syphilid 441.
Bebi und Testi, Die Ätiologie des Skorbuts 239.
Bechert 373. 375. 382.
Beck, K., Ein Fall von Ascites und langdauerndem Fieber infolge von Syphilis 556.
— Tinktorielle Injektion der interepithelialen und Bindegewebslymphräume der Haut und Cornea 524.
Bécue 57. 505.
Bedall, C., Was ist Vasogen? 193.
— 193.
Beermann 570.
Begg, Ch., Die Behandlung der Variola mit Salol 297.
Behrend 201. 388.
Behrens 642.
Behring 244.
Behrmann, S., Über die Verwendung der Jodtinktur bei torpiden und tuberkulösen Hautgeschwüren 135. 401.
Bell, James, Ein Fall von Prostatektomie 292.
Bellini 137.
Below, Vorzeitige Urteile über Lichttherapie 192.
— Tripperheilung mit Rothschen Leuchtbougies in ca. zwölf Stunden 50.
Bénaky, N. P., Influenza mit Hämorrhagien 198.

Benard 585.
Benassi, Klinische Bemerkung über die Ursachen, welche die feuchten Formen bei der Psoriasis verursachen können 460.
*Bender, M. Bockhart und Gerlach, Experimentelle Untersuchungen über die Ätiologie des Ekzems 149.
— 151. 421. 422. 423. 424. 427. 430. 433. 434.
— und Bockhart, Ätiologie des Ekzems 524.
Bendersky 259.
Benedikt, H., Radiotherapeutische Erfahrungen 646.
Béniqué 321. 382. 494.
Bennecke, E., Über die blennorrhoische Gelenkentzündung 632.
*Berg, G., Seltene Komplikationen eines Karbunkels 515.
— Zur Extraktion der Fremdkörper aus der Blase 90.
Bergengrün 412.
Bergh 13. 14.
Bergmann 237.
Berliner, C., Referate 21. 23. 27. 33. 34. 127. 169. 172. 183. 192. 200. 234. 239. 240. 243. 244. 245. 247. 248. 249. 252. 295. 297. 298. 304. 400. 403. 406. 411. 413. 418. 419. 456. 457. 544. 554. 557. 561. 593. 595. 596. 598. 601. 623. 624.
— 539.
Bernard, H., und Gaucher, Behandlung der Syphilis während der Schwangerschaft 564.
Bernart, W. F., Follikuläre und periurethrale Abscesse beim Manne 128.
Bernhardt, R., Zur Pathogenese der Prurigo 398.
Béron, B., Der gegenwärtige Stand der Leprafrage in Bulgarien 181.
Bertarelli 387.
Berthier, H., Ein neuer Fall von spät eintretender traumatischer Striktur 406.
Berthold, Fall von tertiärer Syphilis 550.
Besnier, E., 86. 89. 100. 101. 387. 389. 412. 436. 460. 627.
— Brocq und Jacquet, La pratique dermatologique 534.
Bettmann, Über experimentellen Haarausfall durch Thallium aceticum 598.
— 84. 109. 110. 117.
Bey, R., Die venerischen Krankheiten in Ägypten 183.
Bie, V. 192. 539.
Bieder 212.
Bierhoff, Über blennorrhoische Cystitis beim Weibe 43.
— Die intravesikalen Zeichen von perivesikalen Entzündungsprozessen beim Weibe 487.
Biernacki 297.
— und P. N. Jones, Die Behandlung der Variola mit Salol 296.
Biesiadecki 100. 210. 212. 214. 216. 219. 263.
Bigelow 479.
Billroth 17. 656.
Bisserié 57. 67. 73. 409. 503.
Bizzozero 619.
Blacker 592.
Blanck, L., Über die persönliche Prophylaxe und abortive Behandlung der Blennorrhoe 94.
Blaschko, A., Nervenverteilung in der Haut in ihrer Beziehung zu den Erkrankungen der Haut auf die Lupusbehandlung mit Röntgenstrahlen und Finsenlicht und auf die Lichttherapie überhaupt 81.
— Thrombophlebitis nodularis syphilitica 520.
— Abortivbehandlung der Gonorrhoe 525.
— Über einige Grundfragen bei der Behandlung der Syphilis 563.
— 83. 100. 183. 147. 236. 475. 519. 520. 522. 523. 526. 643. 644.
Bleicher, P., Die Behandlung des akuten Harnröhrentrippers 636.
Bloch, I., Referate 45. 50.
— 79.
Bloebaum, Vorläufige Mitteilung über verbesserte Methoden bei der Behandlung der Kupfernase und zur dauernden Entfernung lästiger Haare 470.
Blokusewski 28. 49. 95. 145. 635.
Blomquist, A., Über den Nachweis von Jod bei Anwendung organischer und anorganischer Jodverbindungen 394.
Bloom, J. N., Eine X-Strahlen-Verbrennung 240.
— Ein Fall von vermutlicher Lepra 411.
Blue, W. R., Tripper gegen Syphilis 35.
Bock 101.
*Bockhart, M., Untersuchungen über die parasitäre Natur des Ekzems und über das Staphylotoxin-Ekzem 421.
*— Über die Behandlung der gonorrhoischen Gelenkentzündung 586.
*— Über die Behandlung der Ichthyosis 616.
— 150. 151. 154. 163. 266. 267. 280. 281. 282. 429. 591.
*— Gerlach und Bender, Experimentelle Untersuchungen über die Ätiologie des Ekzems 149.
— und Bender, Über die Ätiologie des Ekzems 524.
Boërhaave 391.
Bodin, Arteficielle Dermitis nach Anwendung von Laudanum 441.
Boeck, C., Tuberkulide 386.
— 134. 234. 389.
Boeck, K., Die Tuberkulide 416.

Boisseau de Rocher 57. 504.
Bollinger 263.
Bollmann 528.
Bolton, Eine Modifikation von Cocks Methode der Urethrotomia externa 292.
Bonne, Die klinische Bedeutung des Ekzema seborrhoicum Unna 524.
— 524.
Booth, Die Kontagiosität der Lepra 410.
— 411.
Bornemann, Über Blennorrhoebehandlung mit Gelatose-Silber, Albargin 52.
Bordier 57. 502. 503. 505.
Boruttau 475.
Bose, P., und Imbert, Elektrolyse und Urininfiltration 459.
Bosellini, Über einige Fälle von Arthritis blennorrhagica 407.
Bottini 173. 453. 455. 479. 493. 494. 533. 628.
Bouchard 69.
Boudet 508.
Boureau, Die Prophylaxe der venerischen Krankheiten und die Präventiv- wie Abortivbehandlung des Trippers 27.
Bovero, R., Über die Kalomeleinreibungen 459.
Bowen, J. T., Bullöse Dermatitis (Dermatitis herpetiformis?) bei Kindern; fünf im Gefolge der Vaccination beobachtete Fälle 443.
— Sechs Fälle von Dermatitis bullosa, die im Anschluſs an die Vaccination auftrat und mannigfache Ähnlichkeit mit der Duhringschen Krankheit zeigte 456.
— 447.
Boyer 13. 201.
Bracht 526.
Bransford, Ureterenkatheterismus beim Manne. Ein neues Cystoskop 130.
Braun, Ein Beitrag zur Behandlung der Prostatahypertrophie 493.
Brauser 254. 255.
Bredig 192
Breitmann, Angina pectoris syphilitica 558.
Brewer 540.
Brieger 424.
Brissaud 83.
Brocq, Bildung eines Schorfes nach Injektion von Quecksilberbijodid 89.
— 57. 85. 86. 89. 138. 387. 409. 440. 444. 456. 462. 503. 597. 606.
— und Ch. Laubry. Über ein Geschwür an den Händen bei den Gerbern 24.
— Jacquet und Besnier, La pratique dermatologique 534.
Bronson, E. B., Epidermolysis bullosa 22.
— Über die Behandlung gewisser tiefsitzender, hartnäckiger Formen von Follikelerkrankung 595.
Bronson, E. B., Das Wesen der malignen Hauterkrankung und deren Übergangsformen 445.
— 22. 23. 444.
Brooke 126. 445. 592.
— und Roberts, Die Wirkung des Arseniks auf die Haut 593.
Browicz 221.
Brown 174.
Browne, Bericht über zwei Fälle, welche den Übergang von Verruca senilis in Carcinom demonstrierten 473.
Browning, Die Behandlung der Syphilis mit Nitriten 602.
Brown-Séquard 444.
Brücke 29.
Bruhns, Melkerknoten 420.
— Lues hereditaria 420.
— Urticaria pigmentosa 420.
De Brun, Die Behandlung der Blennorrhoe mit Acidum picricum 639.
Brunsgaard, Ein Beitrag zur Kenntnis der Dermatitis exfoliativa universalis acuta Wilson-Brocq 597.
De Bruyne 545.
Buard 467.
Buchanan 244.
Buchner 421. 428. 539.
Buchwald 373. 375. 379.
Bütschli 64.
Büttner 335.
Bukovsky, Über Lichen ruber molineformis (Kaposi) 397.
Bulkley, Ekzema 541.
Bulloch und Sequeir, Ein Fall von idiopathischem multiplen Pigmentsarkom 232.
Bumm 128. 498.
Bunsen 137. 494.
Buret, Definitive Heilung einer Psoriasis palmaris und syphilitischer Rhagaden der Zunge mit grauem Öl; hartnäckige Syphilide des Haarbodens, Heilung nach einer Quecksilberintoxikation 555.
*Buri, Ein Fall von chronischer Primeldermatitis 580.
Burnett, E. C., Blennorrhoe und Ehe 38.
Burrage 630.
Burschalow, Über die Behandlung der Syphilis mit groſsen Quecksilbermengen 91.
— Über einige mit groſsen Quecksilbermengen behandelte Syphilisfälle 409.
Buschke, A., Pathologie und Therapie der Blennorrhoe 34.
— 83. 399. 525. 598.
Busse 471.
Butte, L., Behandlung der Syphilis mittels subcutaner Einspritzungen von Lymphdrüsendekokt 280.
Buxton, B. H., Benigne, epitheliale Tumoren der Haut 25.
Buzzi 354. 356. 357. 359.

Cadiat 490.
Cahnheim und Ehlers, Lepra in Kreta 452.
Callari, Epilepsie und Prurigo 138.
— Die Leprösen der dermosyphilopatischen Klinik zu Palermo; klinisch-histologische, pathologisch-anatomische und therapeutische Beobachtungen 409.
— Die Leprakranken der Dermosyphilopathischen Klinik zu Palermo 460.
— 637.
Callomon, F., Beobachtungen an Quecksilberexanthemen 403.
— Merkurielles Exanthem 198.
Cameron, Über die Dauer der Infektiosität des Scharlachfiebers 247.
De la Camp, Über die Verhütung des Decubitus 240.
Campailla, Th. 136.
Campana, Hautsyphilid, konsekutive narbige Fibromatose, histologisch nachgewiesene multiple Neurofibrome 124.
— 278. 386.
Carageorgiades 200.
Carle, M., Drei Fälle von Ulcus rodens, nebst klinischen, histologischen und therapeutischen Bemerkungen 290.
— Erythema induratum und Tuberkulose 415.
Caro 636.
Carothers, R., Karfunkel 130.
Carr, S. H., Ein Fall von bullöser Urticaria 200.
Carrasquilla 134. 165. 460.
Carreau 413.
Carry 474.
Carvalho 72. 654.
Casarini, Über Albuminurie bei den Dermatosen 137.
— Ein neues Heilmittel in der Dermatologie 138.
Casoli, Über die Schorfbildung nach Injektionen von Quecksilbersalzen 644.
Caspar 254.
Caspary, Über Dermatitis exfoliativa universalis 462.
— 84. 85. 317. 548.
Casper, L., Einige Erfahrungen und Betrachtungen über die Blennorrhoebehandlung 48.
— 327. 328. 533.
— und Richter, Funktionelle Nierendiagnostik mit besonderer Berücksichtigung der Nierenchirurgie 179.
Casteret, J., Bullrich-Salzverbände, ihre Technik und Indikationen 196.
Castracane, Ein Apparat zur Sitzbestimmung der Urethritis und Urethrocystitis blennorrhoica, das Urotoposkop 408.
Cazenave 627.
Ceñal, Beitrag zum Studium des Myxödems bei mehreren Mitgliedern derselben Familie infolge heteromorpher Heredität 476.
Chabry 57. 504.
Charcot 490. 491. 506.
Charrin 59.
Chatzky 57. 73. 503. 505.
Chaufford 203.
Chauveau 300.
Chavannaz 467.
Chenisse, Radikalbehandlung der Varicocele durch Resektion der Venen im Inguinalkanal 491.
Chetwood 540.
Chotzen, Injektionsbehandlung der Syphilis 522.
— 521. 609. 644.
Chrzelitzer, Albargin, ein neues Antigonorrhoicum 598.
— 17.
Ciarrocchi, Über einen Fall von Lupus pernio der linken Ohrmuschel 417.
Ciechanowski, Einige Bemerkungen über den Prostatismus vom anatomisch-pathologischen Standpunkte aus 120.
Clark und Sharp, Der Einfluss von Masern und Erysipel auf die Epilepsie 250.
Claus 400.
Clemens 57.
Cley 249.
Clouckek, Fremdkörper in der Uret 483.
Cock 292.
Coffin, A., Trichophytiasis und Mikrosporon bei Mensch und Tier 177.
*Cohn, M., Galenus und sein Verhalten zur Therapie der Hautkrankheiten 362.
Cohn 140.
Cohn, T. 72.
Cohnheim 18. 19.
Coley 627.
Colles 552.
Collina, Die elastischen Fasern in den Tumoren 642.
Collineau 92.
Colloridi 568.
Colombini, Über einen Fall von Lichen scrophulosorum 408.
— 373. 375. 376. 378. 379.
Combalat, Natur und Behandlung der Leukoplakia buccalis 603.
Comby 564.
Cook, E. H. 74.
Cooke 540.
Cooper, A., Über Herpes progenitalis 245.
Copper, Über die Behandlung des Augentrippers der Neugeborenen 48.
Cork 172.
Corlett, W. T., Die Häufigkeit parasitärer Hautkrankheiten und die zu ihrer Bekämpfung nötigen Maßregeln 445.
— 445.

Cornil 219. 227.
Corrados 63.
Cotterill, Komplete Atresia vaginae 33.
Courmont, Die Pocken in Lyon 246.
— 424.
— und Montagard, Die Leukocytose bei der Variola 296.
Cowper 536.
Crampton 202.
Crawford, D., Ein Fall von Coma durch Auflegen von Karbolkompressen auf die unverletzte Haut 148.
Credé 37. 143. 193. 243. 654.
Crespolani, Die Erythromelalgie nach Influenza 245.
v. Crippa 256.
Crocker, R., Ein Fall von Acne keratosa 405.
— 592.
Cullingworth, Retention menstruellen Blutes infolge von Atresia vaginae 33.
Curbruy, Die Vorteile der Circumcision 81.
Cysat 543.
Czerny 472.

Daccò, E., Untersuchungen über einen Fall von makulöser anästhetischer Lepra (Lepra maculosa anaesthetica) 453.
Dade, Fall zur Diagnose 22.
— 23.
Dalché und Robin, Die Behandlung der blennorrhoischen Vaginitis 635.
Dalempatius 490.
Dalton, Die moderne Blennorrhoebehandlung 637.
Damsch 543.
Dangerfield 290.
Danielssen 134. 410.
Danlos, Elektrochemische Therapie des Lupus 88.
— Kongenitale mangelhafte Entwickelung der Haare 441.
— Schankerförmiges Syphilid des Augenlides 441.
— 89.
Darier 100. 263. 387. 412. 415. 440.
Davenport 64.
Dearden und Knecht, Über die Ausscheidung von Arsenik durch die Haare und dessen Beziehung zu Intoxikationen 185.
Debauzy 138.
Decio, Geschichtliche Bemerkungen über die Unterbringung in Spitäler und die Behandlung der Favuskranken in Mailand vom XV.—XIX. Jahrhundert 137.
— Geschichtliche Bemerkungen über die Unterbringung in Spitäler und die Behandlung der Favuskranken in Mailand vom 15.—19. Jahrhundert 460.
Dehio, K., Ein Apparat zur mechanischen Behandlung des Hydrops anasarca und Untersuchungen über die chemische Zusammensetzung der Ödemflüssigkeit 199.
Déjerine 402.
Delace 239.
Delamare, Über die nervösen Komplikationen der Blennorrhoe 633.
Delbanco, Referate 148.
— 105. 107. 109. 143.
— und Dorst, Zur Anatomie der strichförmig angeordneten Geschwülste der Haut (Akanthoma bezw. Epithelioma adenoides cysticum und „Adenoma sebaceum“ bezw. multiple umschriebene Talgdrüsenhypertrophien) 317.
Delbet, P., Ueber die Nierenkontusion und ihre Behandlung 176.
Delherm, L., Behandlung der blennorrhoischen Gelenkentzündungen während der akuten entzündlichen und fieberhaften Periode mit dem galvanischen Strom 632.
Demitch, Syphilis, venerische und Hautkrankheiten und deren Behandlung beim russischen Volk 650.
Denier und Dubreuilh, Malum perforans plantae pedis 476.
Denobele 72.
Derville, Behandlung isolierter Lupusknötchen durch Dilaceration mit nachfolgender Ätzung durch Chlorzinkkrystalle 413.
— 57. 505.
Desmous, Behandlung von Fisteln und Schankerbubonen mittelst Traumatoglycerin 231.
— Behandlung des Ulcus varicosum mit Pikrinsäure 231.
Desnos 485.
Destot 59. 77. 85.
Deutsch, E., Der derzeitige Stand der Quecksilbertherapie mit besonderer Berücksichtigung der Intoxikationsformen und -Fälle 567.
— 97.
Devergie 85.
Diday 548. 549.
Dioskorides 56.
Dizard 347. 348.
Dockrell, Hyaline Degeneration der Haut 183.
Dohi 621. 622.
Dolgopolow, Zur Statistik der Syphilis der inneren Organe in der Landbevölkerung 409.
Dommer, Spülbecken 526.
— 326. 526.
Dor 474.
Dorst 321.
*— und Delbanco, Zur Anatomie der strichförmig angeordneten Geschwülste der Haut (Akanthoma bezw. Epithelioma

adenoides cysticum und „Adenoma sebaceum“ bezw. multiple umschriebene Talgdrüsenhypertrophien) 317.
Doumer 57. 72. 501. 502. 503. 507.
Doutrelepont 520. 527.
Downes 176.
Drobny 123.
Dron, A., Pseudovenerische Läsionen 241.
Dreyer, Glasapparat z. Dreigläserpr. 523.
Druelle, Erosive Balanitis der Clitoris mit Spirillen 442.
— Ein Ulcus durum auf dem weichen Gaumen 530.
— Referate 85. 439.
Dubard 59.
Dubois-Havenith, Fälle von Pagets Disease, von Myxödem und von Molluscum contagiosum conglomeratum capitis 472.
Dubreuilh, W., Ein Fall von Lichen planus der Nägel 290.
— Pigmentierung der Haut, verursacht durch den Demodex folliculorum 478.
— Pagets Disease 592.
— Pagets Disease der Vulva 623.
— 387. 592.
— und Auché, Klinik und pathologische Anatomie des Ulcus rodens 624.
— und Denier, Malum perforans plantae pedis 476.
— und D. Frèche, Plötzliches Aufhören des Wachstums der Nägel 92.
Ducastel, Multiple Hauttuberkulose nach Röteln 86.
— Pseudolupus erythematosus 86.
— Behandlung der Lepra mit subcutanen Injektionen von Chaulmoograöl, Methode von Dr. Tourtoulis-Bei, Kairo 135.
— Eine Varietät von Acne cornea 439.
— 86.
Duckworth 598.
Ducrey 135. 217. 235. 464. 465.
Dürck, Atlas und Grundriſs der speziellen pathologischen Histologie 541.
v. Dühring 410.
Dufour 473.
Duguet 400.
Duhot, R., Beitrag zum anatomisch-pathologischen Studium der Samenblasen 406.
— Ein Fall von Xanthoma in Knoten und in Tumoren 475.
— Beitrag zum Studium der pathologischen Anatomie der Samenbläschen 490.
Duhring 236. 282. 443. 456. 462. 595.
Dujardin 490.
Dumas 490.
Dupré 185.
Dupuytren 510.
Durand 505.
Duval 490.
Duvernoy 490.
Dyer, Dermatitis blastomycetica und deren Beziehung zu Framboesia 446.
Eberson, M., Über die therapeutische Verwendung des Ichthargan 51.
Eberth, Anatomisches und Ethnologisches über d. Geschlechtsapparat d. Mannes 479.
Ebner 479.
Eddowes, Fall von Leukodermia, kombiniert mit Morphoea und Alopecia 593.
Eder, J. M. 75.
Ehlers 85. 387.
— und Cahnheim, Die Lepra in Kreta 131. 304. 452.
*Ehrmann, O., Beitrag zur Kasuistik seltener Nagelkrankheiten. „Onychoschisis symmetrica.“ (Symmetrische „Lamellenbildung“ oder „Flächenspaltung“ der Nagelplatte) 74.
Ehrmann, S., Über therapeutische Versuche mit Petrosapol und Petrosulfol 33.
— Zur Kasuistik der tuberkulösen Geschwüre des äuſseren Genitales 92.
— Erfahrungen über die therapeutische Wirkung der Elektricität und der X-Strahlen 646.
— 57. 167. 213. 225. 236. 277. 400.
Eichhorst 635.
Eisner, Th., Subcutane Ruptur der Harnblase. Operative Heilung 489.
Elagabal 536.
Elliot, G. 23. 462.
Ellis, H., Die Entwickelung des Geschlechtstriebes 627.
Elschnig 100.
Elsner, H., Über Erythromelalgia 245.
Emmerich 250.
Engel, Zur Behandlung der Pocken mit rotem Licht nebst einigen Bemerkungen über forcierte Vaccination 297.
Engelmann 64.
Engel-Reimers 334. 336. 519. 520.
Englisch, J., Über das infiltrierte Carcinom der Blase 451.
— Das infiltrierte Carcinom der Harnblase 488.
Engman, M. F., Impetigo contagiosa bullosa und ihre Bakteriologie 26.
— Ein Fall von Lichen planus annularis 290.
Erdmann, Über den therapeutisch wirksamen Bestandteil des Perubalsams und seine synthetische Herstellung 195.
Erlenmeyer 459.
Esbach 200.
Eschle, Die Behandlung des Erysipels mit Ichthyolpinselungen 157.
Esmarch 195. 520.
Esser, G. 101.
Etienne 89.
Eulenburg, Über blennorrhoische Nervenerkrankungen 47.
— 501. 510. 516.
Evans, W. 592.
Ewald, C. A., Zur Thyreoidbehandlung der Psoriasis 462.

Fabre 400.
Fabry 126.
Faggioli, Die Prophylaxe der Variola mufs nicht in der obligatorischen Impfung gesucht werden 297.
Falkener, L., Die Filatowschen Flecke bei Masern 250.
Falkson 17.
Faltin, Weitere experimentelle Untersuchungen über die Infektion der Harnblase vom Darm aus 451.
— Eyperimentelle Untersuchungen über die Infektion der Harnblase 451.
Faraday 73.
Farup, P., Über die Ausscheidung des Quecksilbers im Harn bei Merkuriolbehandlung 167.
Federici, Die Phenole- und Serotherapie der Pustula maligna 467.
Fehleisen 591.
Feleki 146. 321.
Fellow 140.
Ferria, L., Über die Technik der Cystoskopie 93.
Fertig, Prophylaktische Ausspülungen mit Protargol in Bordellen 94.
Fielder, Eine klinische Betrachtung über die Impfung 299.
Filarétopoulo, Die sexuelle Impotenz infolge Trippers und seiner Komplikationen 634.
Filatow 250.
Finger, E. 11. 14. 34. 43. 140. 204. 211. 216. 255. 256. 322. 388. 513. 514. 525. 549. 681.
Finsen 81. 86. 87. 88. 93. 186. 191. 192. 297. 387. 418. 500. 529. 539. 571. 592. 594. 623. 647. 648. 649.
Fischenich, Die Syphilis des Nasenrachens 555.
Fischer, O., Einiges über Lebersyphilis beim Erwachsenen 557.
Fischer, Th., Ekzem, hervorgerufen durch Formalin 405.
— 201.
Fischkin, Das Ekzem und seine Behandlung 173.
— 173.
Fisichella 178.
Fleiner 332.
Flemming 13.
Flores 654.
Flourens 169.
Fodor 465.
Forchhammer, Skioptikonbilder aus Finsens Institut 529.
Forchheimer, Die Nenndorfer Schwefelseife 194.
Fordyce, J. A., Ein im Narbengewebe nach Lupus vulgaris entstandenes Hautendotheliom, Angiosarkom der Haut 445.
— 26. 101. 104. 125. 295.
Forel, A., Alkohol und venerische Krankheiten 640.
Fothergill, Komplete Atresia vaginae 33.
Fouquet und Hallopeau, Schübe von Lymphdrüsen- und Hauttuberkulose nach einer syphilitischen Infektion 89.
Fournier, A., Lichenartige Eruption bei einem Syphilitiker 440.
— Beziehungen der Leukoplakia buccalis zu der Syphilis und dem Cancer 554.
— Alopecia areata oder Pseudo-Alopecia areata der Syphilitiker 557.
— Die Sterilisation der Syphilis 564.
— 13. 84. 144. 388. 389. 390. 404. 441. 446. 519. 543. 559. 562. 563. 594. 604.
Fournier, H. 388.
Fox, C., Trichophytie der Kopfhaut 21.
— 20. 57. 101. 263. 354. 355. 359. 360. 592.
— und Mac Leod, Über einen Fall von Parakeratosis variegata 455. 456.
Fox, G. H., Fall zur Diagnose 21.
— Fall mit miliaren papulösen Syphiliden 22.
— 23.
Fox, Tilbury 101. 170. 268. 280. 591.
Fowler 88.
Fraikin und L. Rocher, Fall von voluminösem Lipom des Samenstrangs 491.
Francis 101.
Fränkel, A. 152. 161. 424. 558. 586.
Fraenkel, C., Bemerkungen zu dem Aufsatze von Prof. Kopp über „persönliche Prophylaxe und Abortivbehandlung des Trippers“ 36.
Fraenkel, R., Intoxikations-Exanthem und Nephritis als Folgeerscheinungen einer Verbrennung 242.
Frank, E., Zur Prophylaxe der Blennorrhoe 636.
— Spüldehner 526.
— 28. 49. 95. 325. 521. 525. 635.
Franke 18.
Franklin, Syphilis 546.
— 54. 68. 69. 645.
Freemann, L., Der gegenwärtige Stand der Bottinischen Operation gegen Prostatahypertrophie 628.
Frelieck 494.
Freudenberg, A., Kataplasmen bei blennorrhoischer Arthritis und Tendovaginitis, sowie anderen Komplikationen der Blennorrhoe 45.
— Soll man während der Bottinischen Incision den Zeigefinger im Rectum des Patienten haben? 450.
— Erwiderung auf Schlagintweits „Bemerkungen zu Freudenbergs Bemerkungen“. in Heft 5 dieses Centralblattes 451.
— Schlufsbemerkung zu Schlagintweits Schlufsbemerkung auf Seite 305 dieses Centralblattes 451.

Freudenberg, A. 590.
Freudweiler 101. 102.
*Freund, Leopold, Über die Behandlung von Dermatosen mit Spannungselektricität 53.
— Die physiologischen Wirkungen der Polentladungen hochgespannter Induktionsströme und einiger unsichtbaren Strahlungen 140.
— Dermatomyiasis 525.
— Die Verwendung von Spannungselektricität zur Behandlung von Hautkrankheiten 645.
— 81. 82. 83. 258. 387. 494. 506. 508. 521. 527. 528. 529.
— und Schiff, Weitere Anwendungsgebiete der Radiotherapie 192.
Friedländer, R., Orthoformvergiftung 196.
Friesen, Der Wert des Chinosols als Antiseptikum und Desinfiziens 654.
Frieser, Der Wert des Argentamin für die Behandlung blennorrhoischer Affektionen 638.
v. Frisch 256.
Färbringer 9. 253. 255. 258. 586. 629.
Fürst, L., Über Erythema pruriginosum senile 170.
Fürst, M., Zur Behandlung der Blennorrhoe mit Ichthargan 639.
Fuller, E., Resultate, welche aus der Heilung chronischer Defekte der Blasenfunktion hervorgehen 488.
Funck, Das ätiologische Agens der Variola und der Vaccine 206.
Funke 490.

Galen 56.
Galeotti, P., Die kolloidalen Lösungen der Metalle und ihre Beziehungen zu gewissen biologischen Erscheinungen 192.
— 531.
Galewsky, Plaque indurée 520.
— Silberseifen 523.
— 499. 521. 522. 526.
Galloway 406. 591.
Du Gardin 489.
Garel, Der syphilitische Schanker der Nasenschleimhaut 547.
Garnier und H. Roger, Über die anatomischen und chemischen Veränderungen der Leber bei Scharlach 249.
Garrè 516.
Gascoyen 548.
Gasmann, Zur Histologie des Hydrocystadenoms 440.
— Über die Beteiligung der Uterusschleimhaut bei der Vulvovaginitis blennorrhoica der Kinder 46.
Gastou, Vereinfachung der Methode von Finsen, Phototherapeutischer Apparat von Lortet und Genoud ohne Kondensator 86.
— 57. 504.
— und Paris, Ekzemförmige paratuberkulöse Dermatosen und Tuberkulide 440.
— und Viéra, Cystoskopische Diagnose der squamösen Dermatosen 442.
Gaucher, Arsenikmelanodermie 88.
— Syphilitische Arthritis, Osteitis und Myositis 88.
— Besserung der trophischen Störungen durch das elektrische Bad 88.
— Wichtigkeit der Mifsbildung der Zähne bei der Diagnose der hereditären Lues 441.
— 90. 268. 390.
— und Henry Bernard, Behandlung der Syphilis während der Schwangerschaft 564.
Gauthier, Fall von tuberkulösem Panaritium 417.
— 503.
Gay 410.
Gehrig 258.
Geill 410.
Gelbowsky, Untersuchungen über Veränderungen des lupösen Gewebes bei der Lichtbehandlung nach Finsen 417.
Gellert, A., Zur Diagnostik der chirurgischen Nierenkrankheiten 533.
Le Gendre, Jacksonsche Epilepsie und allgemeine Konvulsionen mit rechtsseitiger Hemiplegie bei einem hereditärsyphilitischen Kind von 15 Monaten. Heilung durch Quecksilbereinreibungen 552.
— Paroxysmale Hämoglobinurie bei einem hereditär-syphilitischen Kind 553.
Genoud 86. 87. 94. 528. 592. 594.
— und Lortet, Phototherapeutischer Apparat zur Anwendung der Finsenschen Methode ohne Kondensator 623.
Genouville, Hydrargyrum oxycyanatum in der Behandlung der Harnröhren- und Blasenaffektionen 93.
Gentile 629.
Gerlach 151. 421. 422. 423. 424. 427. 428. 430. 433. 434. 524.
*— Bender und Bockhart, Experimentelle Untersuchungen über die Aetiologie des Ekzems 149.
Gerson, K., Elastische Pflasterbinden 196.
— Buboverband und Heftpflastersuspensorium 656.
Gerstle, Beiträge zur Kasuistik und Therapie der Psoriasis vulgaris 401.
Gersuny 189. 500.
Geyer, Arsenkeratom 85.
Ghik 203.
Gibert 6. 7. 221. 222.
van Gieson 357. 358. 361. 462. 597.

Gilchrist, Ein Fall von Erythema elevatum diutinum (?) oder ringförmiger Knotenausschlag an den Extremitäten eines Kindes 447.
— 101. 444. 445. 446.
Gilmer, Tripper und einige seiner Komplikationen beim Mann 39.
Gimenez, Über den Wert der Harncylinder bei der Diagnose und Prognose der Nierenaffektionen 494.
Giovannini, Experimente über die Desinfektion von Wunden, welche mit Eiter von Ulcus molle infiziert wurden 121.
— 408.
Giraudeau 175.
Glasson, Ein Fall von Pemphigus neonatorum bei einem drei Tage alten Kinde 464.
Glawsche, Zur Frage der merkuriellen Angina 604.
Gleichen 490.
Glück, L., Über zwei weitere Leprafälle in Dalmatien 393.
— 134. 390.
Goebel 568.
Görl, Zur Lichttherapie mit ultravioletten Strahlen 648.
Götz, Referate 29. 30. 36. 40. 42. 43. 44. 46. 47. 49. 52. 93. 95. 120. 176. 188. 184. 189. 198. 200. 242. 243. 245. 251. 252. 298. 299. 301. 407. 415. 416. 417. 459. 461. 463. 464. 466. 467. 468. 474. 475. 476. 478. 479. 480. 488. 486. 487. 491. 493. 495. 498. 499. 533. 537. 539. 543. 547. 550. 552. 553. 557. 560. 565. 568. 601. 603. 630. 632. 635. 638. 639. 640. 641. 649. 655.
Goldberg, B., Die Bottinische Operation bei Prostatahypertrophie 455.
— Klinik, Diagnostik, Therapeutik der Prostatitis bei und nach Blennorrhoe 492.
— Modifiziertes Maisonneuve-Urethrotom 629.
— 321. 325. 327. 629.
Goldmann, F., Die Rezeptur des Protargol 197.
— Pathogenese und Behandlung des Keloids 439.
— Zur Behandlung der Prostatahypertrophie 439.
Goldschmidt, Hugo, Ein einfaches Verfahren zur Herstellung hautfarbener Puder, Salben und Pasten 135.
— Behandlung der Lepra mit Klapperschlangengift 413.
— 335. 518.
Goldstein 58.
Gomez, Über die Urticaria pleuritica 200.
Gosselin 13. 634.
Gottheil, W., Aktinotherapie bei Hautkrankheiten 646.
McGowan, Ein Fall von gummösem Ulcus der Blase 293.
Gowers, W. 404.
Graber 400.
Graf 518.
Gram 409. 425. 597. 630. 635.
Gravagna, Über andere möglichen Ansteckungsquellen der Lepra 178.
Grebner, Über die Lokalisation der taktilen Hautanästhesie Tabetischer 141.
Greefe, Über gonnorrhoische Augenerkrankungen 47.
Greene, R. H., Inversion der Tunica vaginalis wegen Hydrocele 294.
Greenhalgh, Syphilis in der englischen Marine 544.
Grégoviantz 389.
Greppo 169.
Griffith, Eine Studie über Bubonen und deren Behandlung 465.
Grindon, Zwei Fälle von Impetigo contagiosa bullosa 27.
— Ein Fall von Varicellen bei einem neugeborenen Kinde 292.
Grosglik, S., Zur Kenntnis und chirurgischen Behandlung der angeborenen Harnleiteranomalien 599.
— 320. 623.
Grosse, P., Die Anomalien und Krankheiten der Haut in ihrer Bedeutung für die Lebensversicherung 604.
Grosz, S. 236.
Ground, Die Gonokokkeninfektion, deren unmittelbare und weitere Folgen 39.
Grouven, Das Jodipin (Merk) in der Syphilistherapie 395.
— Lupus und Skrophuloderma 527.
— 83. 191. 520. 529.
Grünfeld, Die Lepra im Dongebiete 181.
— 165.
Grunert 551.
Gschwend, Die Behandlung der Syphilis mittels der Welanderschen Quecksilbersäckchen 601.
Guarnieri 300.
Günther 513.
Günzburger, Max, Urticaria mit Albuminurie 200.
Guérin, A., Die Quecksilberinjektionen bei der Behandlung der Syphilis 601.
Guiard, Über einige Einzelheiten bezüglich der Behandlung des Prostatismus 531.
— 630.
Guilloz 72.
Guisy, Einige Fälle von infektiöser Cystitis, hervorgerufen durch Autointoxikation 538.
Guiteras, Einige Bemerkungen über Merkuriol, ein neues Mittel bei Urethritis 52.

Gumpertz, C., Welche Punkte hat die Blennorrhoeuntersuchung der Prostituierten zu berücksichtigen und wie ist sie auszuführen? 35.
Guyon, Das Rezidiv der Blasensteine 119.
— Cystitis tuberculosa 487.
— 51. 120. 172. 485. 486. 494. 531. 639.

Haenel, H., Über Sensibilitätsstörungen der Haut bei Erkrankungen innerer Organe, besonders bei Magenkrankheiten 184.
— Skorbut, Morbus Addisonii und Sklerodermie 603.
d'Haenens, Neue Untersuchungen über Protargol in der Behandlung des Harnröhrentrippers 94.
Hahn, F., Referate 39. 42. 47. 90. 143. 192. 239. 244. 251. 300. 413. 417. 439. 450. 455. 480. 481. 486. 495. 496. 497. 545. 550. 565. 601. 629. 639. 640.
Hahn, R., Kritische Bemerkungen über den von Grouven in der Niederrheinischen Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Bonn gehaltenen Vortrag über Röntgentherapie bei Hautkrankheiten 191.
— Hautaffektionen die mit Röntgenstrahlen behandelt sind 192.
— 77. 82. 520.
Hall, A., Multiple Geschwüre der Hände als Berufskrankheit 232.
— Erythematöser Ausschlag nach Borsäure-Applikation 243.
Hall-Edwards 592.
Hallé und A. Veillon, Die disseminierte Hautgangrän der Kinder 91.
Hallopeau, Über die parasitäre und kontagiöse Natur der Psoriasis 85.
— Vergleichender Einfluſs des reinen Traumaticins und Chrysophansäuretraumaticins auf die Psoriasis 86.
— Behandlung der Lepra mit subcutanen Einspritzungen von Chaulmoograöl 134.
— Erscheinungen nach Anwendung von Perubalsam 442.
— Erscheinungen nach Stichen von Ononis spinosa 442.
— 88. 235. 277. 387. 389. 410. 442. 558. 564.
— und Fouquet, Schübe von Lymphdrüsen- und Hauttuberkulose nach einer syphilitischen Infektion 89.
Halstead 540.
Ham, L. 489.
Hamburger 644.
Handford, Ein erythematöser Ausschlag nach Gebrauch von Borsäure 243.
Hansemann 396.
Hansen, Albert 536.
Hansen, A. 198. 410. 411. 412.
Hardy 545.
van Harlingen, Mitteilungen über einen Fall von Pemphigus, mit therapeutischen Hinweisen 129.
Harrison, R., Rückblick und Aussichten in der Chirurgie der Harngenitalwege 479.
Hartsoeker 490.
Hartzell, Die Ätiologie und Pathologie der die Epithelialgewebe betreffenden malignen Hauterkrankungen 445.
— Ein Fall von Dermatitis vegetans 594.
— 445.
Hassan, Ibrahim 568.
Hassing 9.
Hassler 467.
Haug 555.
Hauser 257.
Haussmann 49.
Havas 144.
Hay 108.
Hayden, Behandlung der blennorrhoischen Harnröhrenstriktur 638.
Head, H. 184.
Heath, C., Die syphilitischen Erkrankungen der Zunge 554.
Hebra, F. 9. 173. 186. 225. 238. 263. 282. 307. 386. 387. 393. 428. 457. 468. 618.
Hebra, Hans v. 521.
Heidingsfeld, Condylomata acuminata linguae oder venerische Warzen der Zunge 291.
Heiman 254.
Heitzmann, L., Untersuchungen des Urins bei Erkrankungen der Sexualorgane des Mannes 294.
— Irrtümer in der Urinuntersuchung 495.
— 462.
Heller, Julius, Über einen Fall reiner Gonokokkencystitis, kompliziert durch heftige Blasenblutungen 126.
— Zur Kasuistik der Nagelerkrankungen 170.
— 237. 376. 378. 379.
Henle 490.
Hénocque 75.
Herbsmann, Glossen zur Frage der Kontagiosität und der Prophylaxe der Lepra 410.
Héresko, P., Über den Wert der Cystoskopie für die Diagnose der Tumoren der Ureteren und für die Wahl der Operation bei fixierten Blasensteinen 176.
Herrera, Über das operative Verfahren beim Karbunkel 467.
Herrmann, Milzbrand der Haut und der inneren Organe 448.
Herxheimer, K. 84. 85.
— und R. Hildebrand, Über atypische Horngebilde 121.
*Herz, A., Zur Therapie der Prostatitis chronica blennorrhoica 321.

Herz, R., Über die Lagerung der Gonokokken in blennorrhoischen Sekreten 123.
Heuss, E., Über Alkoholdunstverbände 187.
— Einige Grundfragen aus der Syphilistherapie 565.
— 101. 111. 117. 378. 374. 375. 377. 380. 381.
Hildebrand und Herxheimer, Über atypische Horngebilde 121.
Hillier, A., Jonathan Hutchinson über Lepra in Südafrika 304.
Himmel, J., Über die Behandlung des Lupus erythematosus mit frequenten Unterbrechungsströmungen nach Bisserié 409.
— Die Bedeutung des Farbstoffes Neutralrot für das Studium der Phagocytose überhaupt und für die blennorrhoische Phagocytose im speziellen 531.
— Zwei Fälle von Syphilis maligna; Klinisches und Histologisches 625.
Hippokrates 596.
Hirschmann 328. 480.
Hochsinger, Zur Kenntnis der hereditärsyphilitischen Phalangitis der Säuglinge 553.
— 84. 553.
Hock, Die Urethrotomia interna bei der Behandlung der Strikturen 485.
*Hodara, M., Zur Behandlung der Impetigo vulgaris 119.
— Zur Histologie der Wirkung des Chrysarobins 25.
Hodge 63.
Hodgkin 233.
Hodgson, Ein Fall von Pemphigus neonatorum bei einem drei Tage alten Kinde 464.
Höftmann 550.
Hoenig, C., Meningitis blennorrhoica 635.
Höninger 551.
Hoffmann, C., Zur Meningitis basilaris syphilitica praecox 560.
— 258. 259.
Hofmann, Die moderne Therapie der Cystitis 487.
Hoggan 100.
Hogge 13.
Holden, W. A., Über blennorrhoische Conjunctivitis 634.
Holder, Fälle von Prurigo 23.
— Ekzem des Kopfes 23.
Holland, C. Th., Röntgenstrahlen bei Lupus 418.
Hollaender, Zur Behandlung des Lupus mittelst heifser Luft 419.
— 192. 499.
Holzknecht 528.
Honcamp, Wachspaste 523.
— 527.
Hooker-Vail., Aphrotone 193.
Hopf, Referate 28. 32. 35. 39. 47. 48. 51. 81. 95. 130. 140. 174. 182. 193. 194. 195. 196. 198. 200. 237. 238. 239. 241. 243. 246. 247. 249. 296. 298. 300. 303. 390. 412. 414. 470. 472. 473. 475. 490. 498. 519. 536. 543. 546. 547. 549. 550. 562. 600. 628. 630. 634. 639. 642. 652.
Hopf 253.
Hovorka 508. 509.
Huber 373. 375. 376. 379. 382.
Huddleston, Die Methode der Herstellung des Blatternimpfstoffes im städtischen Impflaboratorium von New York 301.
Hugounenq, Eine im Urin vorkommende Substanz, die nicht aus den Nieren stammt 495.
Huismann, Über Morbus Addisonii 475.
Hutchinson, J., Bericht über die Lepra in Südafrika 130.
— Über Fälle von Genesung nach Lepra 181.
— Lepraverfügungen für Bengalen und Indien 131.
— 92. 101. 190. 263. 304. 388. 404. 539. 552.
Hyde 444. 445.
— und Ricketts, Bericht über zwei Fälle von Blastomycosis cutis beim Menschen nebst einer Übersicht der Litteratur über Blastomycosis hominis 447.

Jackson, G. T., Schwefel und seine Derivate 194.
— Therapeutische Notizen über Schwefelcrême, Gänsefett und rohes Petroleum 292.
— Haarschwund; eine auf Beobachtung von 300 Fällen in der Privatpraxis gegründete klinische Studie 443.
— 553.
Jackson, T. V., Ein Fall von erfolgreicher Lithotomia lateralis bei einem kleinen Knaben wegen ungewöhnlich grofsen Blasensteins 489.
Jacqueau, Symmetrisches Xanthelasma beider Unterlider 474.
Jacquet, Zur Urologie der Patienten mit Alopecia areata 86.
— Pathogenese der Alopecia areata 440.
— 100. 203. 388. 389. 390.
— und L. Portes, Die Abweichungen in der chemischen Zusammensetzung von Blut und Harn im Verlauf der Alopecie 24.
—, Besnier und Brocq, La pratique dermatologique 534.
Jacobelli, Über die Möglichkeit einer rückströmenden Bewegung des Blaseninhaltes in die Ureteren 494.
Jacobi 225. 386.
Jadassohn 14. 43. 50. 133. 236. 317. 328. 334. 373. 375. 378. 380. 381. 382. 387. 388. 389. 456. 480. 583.

Jaffé, B., Behandlung der Pustula maligna mit Ichthyol 600.
Jakowlew 549.
Jamieson, A. 592.
Janet, J., Die Mikrobiennester der Urethra 457.
— 34. 37. 50. 51. 328. 333. 540. 637. 638.
Janowsky 236.
Jarisch, Hautkrankheiten 28.
— 99. 100. 103. 126. 319. 469.
Jastrowitz, Heilung und Nichtheilung der Syphilis 565.
Javecky, Über Rhinoskleroma 468.
Jeannoset, Über ästhetische Impfung 301.
Jeanselme, Der Kampf gegen die Lepra in den englischen Kolonien 302.
— Verbreitung der Lepra in der Halbinsel von Indochina und Yünnan 303.
— Der Kampf gegen die Lepra in dem französischen Indochina 303.
— Über die Lokalisationen des Leprabacillus in den verschiedenen Organen 412.
— 203. 410.
Jelks, J. T., Autointoxikation durch Insufficienz der Nieren mit und ohne Nierenerkrankung 174.
— Die Behandlung der Syphilis in Hot Springs 602.
Jeltschinsky 565.
Jesionek, Zur Pathologie der sekundärluetischen Erkrankung der Lymphdrüsen 29.
Jessner, Die kosmetische und therapeutische Bedeutung der Seife 237.
— Referate 24. 35. 36. 37. 42. 49. 128. 136. 165. 173. 180. 182. 183. 190. 192. 193. 197. 240. 242. 249. 250. 251. 402. 403. 455. 465. 482. 484. 485. 486. 489. 493. 495. 496. 533. 552. 554. 557. 598. 599. 604. 635. 636. 640. 646. 651. 653. 655.
Ihle, M., „Taillensuspensorium" 96.
Imbert und Pierre Bosc, Elektrolyse und Urininfiltration 459.
Immelmann, Über die Verwendung der Röntgenstrahlen in der Medizin 646.
Impey 130.
Inzani 408.
Johnson, W. L., Gonokokkeninfektion bei einem Säugling; metastatische Gelenkabscesse 632.
Johnston, J. C., Sarcoma und sarkoide Geschwülste der Haut 233.
— Das Sarkom und die sarkoiden Geschwülste der Haut 293.
— und Sherwell, Ein Fall von Xanthoma diabeticorum 446.
Jolles, A., Kleine Beiträge zur Methodik der Harnuntersuchung 494.
— 166.
Jolly, Syphilis und Geisteskrankheiten 558.
Jones, B., Herpes gestationis 405.
— 185. 297.
Jones, C. R., Liquor Thyreoidei bei Hämophilie 239.
Jones, P. N., und Biernacki, Die Behandlung der Variola mit Salol 298.
Joos 637.
*Jordan, A., Therapeutische Versuche mit Jodolen 610.
— Referate 185. 195. 462. 466. 471. 491. 546. 550. 556. 593. 604. 650.
Jorfida, Über die primäre Tuberkulose der Vagina und über einen auf operativem Wege geheilten Fall 499.
Joseph, Max, Über Bromocollsalben 24.
— 52. 201. 202. 203. 204. 401. 404. 410. 513. 636.
Josué und Roger, Die Probe des Vesikators 641.
Ipsen 257.
Judin, Zur Kasuistik des syphilitischen Fiebers 530.
Juffinger 237.
Juliusberg, F., Experimentelle Untersuchungen über die Quecksilberresorption bei der Schmierkur 122.
— Kongenitale Keratodermie 85.
— „Zur Pathologie der Tuberkulide" 448.
— Auf welchem Wege gelangt bei der Einreibungskur das Quecksilber in den Körper? 643.
— 84. 456. 645.
Jullien, M. L., Der Nachtripper (Goutte militaire) 37.
— Über das Vorhandensein von Gonokokken im Blute 39.
— Heredo-Syphilis 537.
— Die Descendenz der Hereditär-Syphilitischen 551.
— 89. 253. 388. 442.
Jurquet 481.
Justus, Behandlung der Syphilis 390.
— Die Aktion des Quecksilbers auf das syphilitische Gewebe, ein Versuch zur Lösung der Frage nach dem Wesen der spezifischen Therapie 391.
— Wie heilt das Quecksilber die Syphilis? 565.
— Über den physiologischen Jodgehalt der Zellen und der Gewebe 642.
— 83. 84.

Kahlden 128.
Kaiser 77.
Kallionzis, Über zwei Fälle von Litbotripsie, ausgeführt unter Analgesie durch Kokainisierung des Rückenmarks 120.
*Kann, Zur Ätiologie der Alopecia praematura simplex 569.
Kanthack 545.
Kaposi 21. 85. 98. 99. 100. 103. 219.

226. 232. 234. 263. 372. 384. 385. 386. 387. 389. 396. 397. 405. 410. 414. 445. 462. 563.
Karewski, Zur operativen Behandlung der Varicen und der varikösen Phlebitis 476.
Karo, W., Zwei Fälle von Rectalblennorrhoe als Folge von Entleerung blennorrhoischer Eiteransammlungen ins Rectum 43.
— Zwei Fälle von urogenitaler Colibacillose 480.
*Karwowski, A. v., Ein Fall von Hypertrichosis auf einem von gonorrhoischem Gelenkrheumatismus ergriffenen Arm 201.
Kaufmann, Martin, Bericht über die im Sommer 1900 beobachtete Blatternepidemie 251.
— 17.
Keersmaecker u. Verhoogen, Chronic Urethritis of Gonococcic origin 536.
Kétly, Ein Fall von eigenartiger Hautveränderung: „Chalodermie" (Schlaffhaut) 123.
— Bemerkungen zur antisyphilitischen Behandlung der Tabes 560.
— 97.
Keyes 540.
— und Chetwood, Die Geschlechtskrankheiten, deren Komplikationen und Folgen 589.
Kienböck, Methodik der Aktinotherapie 526.
— 75. 82. 190.
Kirkoroff, Ein Fall von Pseudoleukämie der Haut 471.
Kiss 637.
Klebs 268. 453. 488.
Klein 247. 248. 258.
Klemm 64.
Klingmüller, Folliculite atrophiante (Pseudopelade) Brocq 85.
— Lepra 448.
— Der gegenwärtige Stand der Syphilistherapie 562.
— 448.
Klotz, H. G., Syphilitische Läsionen vom Quaddeltypus 446.
— Fall zur Diagnose 22.
— 23.
Klumpke 402.
Knecht und W. F. Dearden, Über die Ausscheidung von Arsenik durch die Haare und dessen Beziehung zu Intoxikationen 185.
Koch, R. 623.
Kocher 13. 627.
Köbner 397. 548. 549.
Koehler, H. H., Blennorrhoe 630.
Kölliker 111. 116. 117. 118. 490.
König, A., Die Folgeerkrankungen der Blennorrhoe und deren Bedeutung für die Chirurgie 40.
König, A., Die Coxitis blennorrhoica 45.
— Bemerkungen zur Frage der Anurie 496.
— 424. 434.
König, F., Tuberkulose von Hoden und Nebenhoden 439.
— Präparate einer Nebenhoden-Hodentuberkulose 439.
Köppen, Zur Diagnose und Prognose der Blennorrhoe des Mannes 49.
Koeter 91.
Kövesi und Suranyi, Weitere Beiträge zur Hämatologie der Niereninsufficienz 629.
Kolischer und Schmidt, Radiographie an sondierten Ureteren und Nieren 403.
Kollmann 50. 324. 330. 333. 450. 458. 525. 526. 630. 631. 638.
Koplik 250.
Kopp, C., Persönliche Prophylaxe und Abortivbehandlung des Trippers beim Manne 36.
— Über Dymal 194. 655.
— 386. 636.
Kopytowski, Ein ungewöhnlicher Fall von Syphilis, an Lichen ruber erinnernd 400.
— und Pietowieyski, Pityriasis rubra (Hebra) 457.
— und Wielowieyski, Beitrag zur Klinik und pathologischen Anatomie der Pityriasis rubra Hebra 393.
v. Korányi 180.
Kosslin, Prognose und Therapie der Hirnsyphilis 560.
Krabbel, Über intraperitoneale Blasenruptur 489.
Krafft-Ebing 535.
Kratter 257.
Kraus, H., Die Ichthyolbehandlung des Scharlachs nach Seibert 249.
— 150. 384.
Krause, P., Beitrag zur Kenntnis der Komplikationen bei Varicellen 251.
Krausz, J., Die Prophylaxis der Blennorrhoe 636.
Krawkoff, Über die Wirkung des Alkaloids Johimbin auf den tierischen Organismus und über seine Bedeutung für die Behandlung der Impotenz 491.
Kreibich, K., Über Geschwülste bei Xeroderma pigmentosum-Kaposi, als Beitrag zur Kenntnis des Medullarkrebses der Haut 396.
— 151. 162. 427. 430. 431.
Kreidl 236. 237.
Krogius 43.
Kromayer, Die Behandlung des Ekzems 461.
— 100. 211. 227. 536.
Krotoszyner, M., Über die Behandlung der Prostatahypertrophie 173.
— Ist der Tripper eine heilbare Krankheit? 626.

*Krzysztalowicz, Franz v., Die histologischen Merkmale der syphilitischen Exantheme im Vergleich mit den klinisch ähnlichen Dermatosen 205. 261.
*— Ein Beitrag zur Histologie der idiopathischen diffusen Hautatrophie 369. 574.
Kudinzew, Über die partielle Resektion der Vasa deferentia bei seniler Prostatahypertrophie und über die Resultate dieser Operation 127.
Kühne 64. 350. 425.
Kümmell, H., Die Röntgenstrahlen im Dienste der praktischen Medizin 191.
— 480. 481.
Kuhnt 550.
Kulisch, Die Genese der Gummata 520.
— 432. 520.
Kurella 82. 83.
Kurz 56.
Kusnetzow, Über Bildungshemmungen an männlichen Genitalien 91.
— Dermatitis bullosa acuta, eine besondere Form der traumatisch-infektiösen Hautentzündung 91.
— 410.
Kutner, R., Über Druckspülungen zur Behandlung der akuten und chronischen Blennorrhoe 50.

Labbé, M., Ein Fall von blennorrhoischer Myelitis 47.
— 75.
Lafay, Vorlegen von Mustern von Jod- und Bijodidölen 442.
Lagrande 75.
Lahmann 570.
Lambeau 18.
Lambert 63.
Lambkin 601.
Lamy, H., Migräne und Lähmungserscheinungen an den Augen als erstes Symptom in einem Falle von Gehirnsyphilis 560.
Landau 635.
Landois, H. 400.
Landouzy 198.
Lang, E., Lupusbehandlung 387.
— 207. 211. 226. 277. 387. 419. 548. 549. 594.
Langen, J., Schwere Verätzung durch Schmierseife bei einem 18 Monate alten Kinde 242.
Langhans 471.
Langlebert 96. 446.
Lanz, A., Zur Symptomatologie und Therapie der Quecksilber-Angina 195.
— 123. 129. 604.
Lapowski, B., Zur Blennorrhoefrage 630.
Laquer 610.
Larat 503.
Largus 56.
Lartigau, Untersuchungen über einen Fall von ulceröser Endocarditis blennorrhoica und Züchtung des Gonococcus 41.
Lassar, O., Über Alopecia 389.
— Zur Therapie des Cancroid 471.
— Über Alopecia areata 476.
— Peruol 171.
— Therapie des Cancroids mit interner Arsenanwendung 521.
— 4. 5. 83. 182. 189. 389. 397. 410. 522. 523. 594. 621.
Laubry und Brocq, Über ein Geschwür an den Händen bei den Gerbern 24.
Launois, Geschichte der Samenkörperchen 489.
Laurence, Ein Fall von Atresia vaginae 33.
Laurent, E., Ein Fall von Reinoculatio syphilitica 549.
Lavarenne, Der Kampf gegen die Syphilis 543.
Lavaux 50.
Law 198.
Lebon, H., Die Behandlung von Dermatosen mittelst konzentrierten chemischen Lichtes (Methode von Niels R. Finsen) 93.
Ledermann, R., Zur speziellen Therapie der Hautkrankheiten mit Berücksichtigung neuerer Arzneiformen und Arzneimittel 186.
— Ein neues Spülbecken für Harnröhren- und Blasenspülungen 638.
— 462.
Ledouble 14.
Leeuwenhoek 489.
Legrain 255. 512. 513. 515.
Legros 502.
Legueu, F., Über die gewöhnlichen Formen der Nierentuberkulose und die Indikationen der Nephrektomie 175.
Lejars 654.
*Leistikow, Leo, Ichthargan behandlung der chronischen Gonorrhoe 328.
— 57. 587.
Leiter 328.
Leloir 57. 263. 269. 412. 502. 504.
Lenard 649.
Lenhossek 490.
Leo 258.
Leonor 79.
Leredde, Über die Behandlung des Lupus mit Kalium permanganicum 88.
— Die Phototherapie und ihre Anwendung bei der Behandlung von Hautkrankheiten 647.
— 87. 277. 278. 295.
Lergos 57.
Lermoyez 565.
Lesser, E., Die Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten 146.
— 83. 89. 201. 211. 238. 241. 560. 594.
Letzel 211. 277. 331.
Leuckart 490.

*Leven, L., Bemerkung zu der Arbeit von Dr. Ferdinand Winkler: „Zum Nachweise von Gonokokken in Urethralfäden“ 512.
— Erwiderung auf die Bemerkung von Dr. Scholtz zu meiner Arbeit: Wann können wir die Blennorrhoe als geheilt ansehen? 126.
— 126. 254. 255.
Levezier, J. 503.
Levin 526.
Levy-Dorn, Der Schutz des Untersuchers gegen Röntgenstrahlen 439.
Lewandowsky 57. 58.
Lewin, A., Ein zweiblätteriger Spüldilatator 452.
Lewin 518.
Lewy, B., Über Charcot-Leydensche Krystalle und Spermakrystalle 490.
Leyden 201. 202. 203. 490. 491. 561.
Leydig 400.
Liebersohn 651.
Liebreich 188. 648.
Lie, H. P., Gerhard Henrik Armauer Hansen 452.
Lieven, A., Die Syphilis der oberen Luftwege unter besonderer Berücksichtigung der differentiellen Diagnose und der lokalen Therapie 555.
Lieutaud 599.
Ligorio, Vier Fälle von Lymphangioma cysticum congenitum 474.
Lilienthal, H., Der Verschluſs von Wunden ohne Naht 185.
Lindemann, E., Über Lichttherapie 648.
v. Lingelsheim 150. 424.
Linné 490.
De Lisle und L. Jullien, Bakteriologische Untersuchungen über die Syphilis 409.
Litten 204.
Little, Fall von Dermatitis gangraenosa infantum 20.
— Fall von Keratosis follicularis 20.
Littré 256. 322. 323.
Liveing 291.
Loeb, R., Ein neuer Beitrag zur Formalindesinfektion, speziell in der Urologie 480.
— 96.
Löblowitz, 85.
*Lochte, Mikroskopische Gonokokkenbefunde bei alten und bei gefangenen Prostituierten 335.
— Ein Fall von tertiärer Sklerose 545.
— Über Enteritis syphilitica hereditaria 545.
— Über Todesfälle im Frühstadium der Syphilis bei angeborener Enge der Aorta 546.
Löw 250.
Loewald, A., Referate 51. 52. 96. 135. 148. 181. 187. 191. 193. 199. 450. 453. 462. 463. 470. 471. 480. 485. 494. 541. 555. 556. 561. 638. 641. 642. 644. 648. 652. 653. 655. 656.
Löwenbach und Oppenheim, Blutuntersuchungen bei Syphilitischen mit besonderer Berücksichtigung des Eisengehaltes 521.
Loewenhardt, Zur Behandlung der Blasengeschwülste 439. 451.
— Bestimmung des Ureterenverlaufs vor der Operation 451.
— 84. 644.
Löwenheim 525.
Löwensohn, H., Referate 242. 418. 556. 558.
Löwenstein 84.
Loewy 72.
Lohnstein, H., Über die Wirkung des Ichthargans bei Blennorrhoe und anderen Urogenitalleiden 51.
— Über die Bestimmung kleiner Traubenzuckermengen im Harn durch Gärung 451.
— 324. 325. 328. 330. 453.
Lortet 86. 87. 94. 528. 592. 594. 623.
— und Genoud, Ein phototherapeutischer Apparat ohne Kondensator 171.
— — Phototherapeutischer Apparat zur Anwendung der Finsenschen Methode ohne Kondensator 623.
Loschzilow, Zur Behandlung der Verbrennungen mit Pikrinsäure 241.
Loth, W. P., Ein Fall von Dermatitis herpetiformis pustulosa 294.
— Seborrhoe und deren Pathologie 462.
Lotz 300.
Loumeau, E., Über einen Fall von Prostatectomia suprapubica 494.
Lublinski, Über das Vorkommen von Talgdrüsen in der Wangenschleimhaut 142.
Ludwig 167.
Lugaro 64.
Luithlen 236.
Lukasiewicz 387. 522.
Lusk, Das Quecksilber in der Behandlung des Lichen planus 291.
Lustgarten 39.

Mac Casky, Ein Fall von Endocarditis gonococcica mit kongenitaler Anomalie der Mitralis 41.
Mac Laren, Eine klinische Studie über Nierenchirurgie 143.
Macleod, Präparate von Parakeratosis variegata (Lichen variegatus) 20.
— Über die Histologie der Yaws 592.
— 406.
— und T. C. Fox, Fall von Parakeratosis variegata 455. 456.
— und Ormsby, Über die Histopathologie

zweier Fälle von Hauttuberkuliden, bei welchen Tuberkelbacillen vorgefunden wurden 595.
Mackenzie, St., Die Lichttherapie im „London Hospital“ 191.
Madden 568.
Madelung 476.
Madeuf, Die Ataxie ist nicht syphilitischen Ursprungs 561.
Magendie 169.
Magini 63.
Maisonneuve 485. 629.
Malfatti, Über die Brauchbarkeit der Hefegärung zum Nachweise des Traubenzuckers im normalen Harn 450.
— 455.
Malherbes, H., Neurofibromatosis generalisata mit entzündlicher Reizung der Schweifsdrüsen 529.
Malinconico, Fall von primärem Favus des Gesichtes 469.
Maillard, Hyperkeratotisches Ekzem 460.
Malley 400.
Malpighi 19. 425. 462.
Mankiewicz, Zur Sterilisation der weichen Katheter 480.
Mann 63.
Mantegazza, U., Klinische und pathologisch-anotomische Bemerkungen über einen Fall Gehirnsyphilis 137.
— Beitrag zum Studium des Erythema induratum Bazin 174.
— In der Provinz Pavia beobachteter Fall von Lepra tuberosa 411.
Marchand 147. 341.
Marcuse, B., Über Lichen simplex chronicus 621.
Mark, G., Circumcision 129.
Marsch, Chronische Cystitis 487.
— 185.
v. Marschalkó, Über die Prophylaxe der venerischen Krankheiten 143.
— Über die Prophylaxe der Tripperinfektion 635.
— Reflexionen über die Prophylaxe der venerischen Krankheiten. Ein Nachklang zur Brüsseler Konferenz 640.
Marshall, C. F., Bemerkungen über syphilitische Reinfektion 404.
Marshall, J., Ein Fall von Scarlatina maligna 248.
Marey 59.
Marquant 57. 503.
Martens, Die chirurgische Behandlung der Harnröhrenstrikturen 484.
Martin, S. C., Hygiene und Diätetik bei Hautkrankheiten 628.
— Die Behandlung des Ekzems 174.
— 627.
Martini, Über einen Fall von paroxysmaler Hämoglobinurie 497.
— 499.
Mason, J. W., Variola in Hull im Jahre 1899 252.
Massy 56.
Matzenauer, R., Zur Bakteriologie der Pityriasis versicolor 124.
Matzenauer, Xanthoma dispersum 85.
— Noma und Nosokomialgangrän 523.
— 85. 522. 524.
Mauclaire und Vinsonneau, Spontane oder traumatische Rupturen der Hydrocelen der Tunica vaginalis 458.
Mauriac 89.
Mayer, Th., Über Jododerma tuberobullosum 597.
— 171.
Maynard, Tuberkulin bei der Behandlung des Lupus vulgaris 418.
Machen, G. N., Eine abnorme Form von Chininausschlag 199.
Meibom 112.
Meissner, P., Untersuchungen über Oleum Santali ostindici und Gonorol 401.
— 101.
Melazzo, Die Behandlung der Syphilis mit Quecksilberdämpfen in heifser Luft 136.
Melcher 410.
Melvin, G. G., Dermatitis traumatica nach Impfung 128.
Mense 520.
Merget 122.
Merk, Lebensvorgänge der menschlichen Epidermis 525.
Merkel 549.
Mertens, Über einen Fall von Pemphigus chronicus der äufseren Haut und der Schleimhäute mit Horncystenbildung 403.
Metscherski 593.
Metschnikoff 531. 545.
Meyer, Hans, Über subcutane Paraffininjektionen 189.
— 337.
Meyerhardt, Die Behandlung der Urethroblennorrhoe mit Sandelöl 50.
Mibelli 387. 389.
Michaelis, Über den Chemismus der Elastinfärbung und seine praktische Anwendung auf Sputumpräparate 640.
— 79.
Michelson 57.
Miculicz 652.
Milian, Verkalkte Hygrome und subcutane Granulome 473.
— 473.
Mindes, J., Über Resorbin als Salbengrundlage 197.
Minin, Über die Anwendung der Lichttherapie in der Chirurgie 648.
Mironowitsch, Ein Fall von Syphilis maligna 550.
Moberg, Modificierter Finsen-Apparat 528.

Möhlau, Die rationelle Behandlung der chronischen Blennorrhoe durch Massage 50.
Möller, M., Zur Jodipininjektionsbehandlung 395.
— Der Einfluss des Lichtes auf die Haut in gesundem und krankem Zustande 537.
— 277. 418.
Moeli, Über Hirnsyphilis 559.
Mohr, G., Drei Fälle von Silberekzem 243.
Mohr, H., Neuere Behandlungsmethoden inficierter Wunden mit besonderer Berücksichtigung des Glutols 653.
Mollier 118.
Monell 57. 502.
Monié, Strangbildung in der Blase 486.
Montagard, Die Leukocytose bei der Variola 296.
Montgomery, Eine Pilzkrankheit; die Dermatitis protozoica Rixfords und Gilchrists 446.
— Drei Fälle von Blastomycesinfektion der Haut, von denen der eine nur in einem „Tumor" der Unterlippe bestand 447.
— Die Ursache der Streifen beim Naevus linearis 594.
— 108.
Morgan, Die Blastomyceten in der Ätiologie der malignen Tumoren 471.
Morris, Henry 172. 173.
Morris, M., Die Behandlung von Hautkrankheiten nach Finsens Lichttherapie und mit X-Strahlen 592.
— 101. 405.
Morrow, P. A., Fall von ausgedehnter eigentümlicher Narbenbildung 23.
— Die Prophylaxe und Bekämpfung der Lepra in den Vereinigten Staaten 444.
— 445.
Morton 507. 509. 510.
Moscowicz, Die subcutanen Injektionen von Unguentum Paraffini 500.
Moskalenko 389.
Mosny 564.
Moullin, M. 405.
Mourson 399.
Mračeк Handbuch der Hautkrankheiten. 1. Abteilung 236.
— Zur Dactylitis syphilitica 553.
— 2. 4. 306. 405. 545. 548. 549.
Müller, C., Referate 39. 41. 46. 90. 139. 142. 178. 183. 185. 198. 200. 239. 241. 245. 248. 296. 297. 301. 407. 409. 411. 415. 417. 442. 460. 461. 465. 467. 469. 470. 471. 472. 473. 474. 477. 481. 487. 492. 494. 496. 497. 499. 500. 543. 545. 547. 555. 557. 560. 564. 565. 631. 633. 635. 638. 639. 645. 647. 654.
Müller, Sequestierende gummöse Knochensyphilis 520.
Müller, Georg 82.
Müller, H., 649.
Müller, J., 522.
Münch 181.
Muir, R., Purpura und Anämie 239.
Mulert, Zwei schwere Varicellenerkrankungen 251.
Muner 635.
Munter 648.
Musset, Fr., Zum Nachweis des Zuckers im Harn 498.
Mysing, Ein Fall von intrapräputial gelegenen blennorrhoischen Lymphtumors 42.

Narath 492.
Nasse 589. 590.
Nedham 490.
Neef 73.
Neisser, A., Die Beziehungen der Tabes zu voraufgegangenen Merkurialkuren 519.
— Krankheiten der Haut 542.
— 16. 38. 47. 49. 77. 81. 82. 84. 85. 94. 129. 171. 188. 211. 214. 235. 259. 263. 325. 335. 355. 387. 423. 445. 456. 516. 519. 520. 526. 562. 563. 609. 639. 643. 644.
Nékam 97. 123. 144.
Nélaton 387. 481.
Neuberger, J., Kritische Bemerkungen zur Pathologie und Therapie der chronischen Gonorrhoe beim Manne 525.
— Über Erwerbsunfähigkeit bei Hautkrankheiten 568.
— 255. 388.
Neufang 386.
Neufeld 495.
Neumann, F., Die Anwendung von überhitzter Luft (Tallermansystem) bei Sklerodermie 477.
Neumann, J., Über endemische Syphilis der Gegenwart 543.
— Über einige Erscheinungen der hereditären Syphilis 552.
— 13. 43. 58. 66. 211. 219. 220. 226. 227. 373. 374. 375. 376. 378. 379. 382. 410. 501. 521. 522. 548. 549.
Neumeister 258.
Neve, A., Lepra der Augen 413.
Neven 473.
Newman 459.
Nicolich, G., Stein in einem Divertikel der Harnröhre des Weibes 128.
— Der Downessche Urin-Segregator (Separate Urine-Siphon) 176.
— 629.
Nielsen 386.
von Niessen, M., Betrachtungen zur Syphilis-Heredität und Immunität 234.
— Syphilis-Stammbäume 235.

von Niessen, M., Zur Differentialdiagnose der syphilitischen und blennorrhoischen Schleimhautaffektionen der Harnröhre 235.
— Syphilis und Carcinom, eine vergleichend-mykologische Studie 235.
— Zur Biologie des Syphilisbacillus 235.
— Ein Wort über die Syphilisation 236.
— Eine einfache Kulturmethode für den Gonococcus 623.
— Über Tripperbehandlung mit Protargol 95.
Nissl 63.
Nitze 291.
Nobécourt, Der Nachweis der Zuckerarten beim Kinde 498.
Nobl, G., Zur Kenntnis der miliaren Hauttuberkulose (Tuberculosis miliaris s. propria cutis Kaposi) 414.
— Über Reinfektion bei Syphilis 547.
— 405.
Noeggerath 630.
Noguès 637.
Noiré 592.
Notthafft und Rollmann, Die Prophylaxe bei Krankheiten der Harnwege und des Geschlechtsapparates des Mannes 180.
Nowak 205. 285.

Oberländer 50. 140. 322. 458. 525. 526. 638.
Oehler, R., Über Impetigo 463.
Ohmann-Dumesnil, Ein Fall von Arsen-Dermatitis 243.
— Ein Fall von disseminiertem seborrhoischen Epitheliom 626.
— Fünfundzwanzig Fälle von Extragenitalschanker, von 1897—1899 beobachtet 546.
— 257.
Okamura, Zur Kenntnis der „systematisierten Naevi" und ihres Ursprunges 167.
Onimus 57.
Onuf, B., Syphilis des Nervensystems 105.
Oppel 118.
Oppenheim, M., Über das Auftreten von Quecksilber im Mundspeichel 166.
— Über einen vom Pediculus pubis gebildeten Farbstoff 399.
— Ein vom Pediculus pubis gebildeter Farbstoff 525.
— und Löwenbach, Blutuntersuchungen bei Syphilitischen mit besonderer Berücksichtigung des Eisengehaltes 521.
Ormsby, G. H., Ein Fall von Auto-Vaccination 300.
— und Macleod, Die Histopathologie zweier Fälle von Hauttuberkuliden, bei welchen Tuberkelbacillen vorgefunden wurden 595.
Ortmann 410.
Osiander 596.
Ottorino, Über die schädliche Wirkung des artefiziellen Ekzems bei Scabies auf die Nierenfunktion 460.
Otis, W., Das moderne Urethroskop 532.
— 482.
Oudin 57. 59. 60. 69. 75. 77. 141. 504.
Overall 57.
v. Ovtynski, Beitrag zur Kasuistik der Impfblattern (Vaccina generalisata) 56.

Paas 386.
Paget 472. 592. 623. 627.
Palm, Th., Beiträge zur Vaccination Schwangerer, Wöchnerinnen und Neugeborener 299.
— Die Kontagiosität der Lepra 411.
Panichi, Die Bierhefe bei der Behandlung der Furunkulose 138. 409.
Pantaleoni, Ein wichtiger Fall von Area Celsi 178.
*Pappenheim, A., Eine neue, chemisch-elektive Doppelfärbung für Plasmazellen 79.
*— Plasmazellen und Lymphocyten in genetischer und morphologisch-tinktorieller Hinsicht 340.
— Über das Vorkommen einkörniger Zellen im blennorrhoischen Urethralsekret 147.
Paris und Gastou, Ekzemförmige paratuberkulose Dermatosen und Tuberkulide 440.
Parker, Bemerkungen über acquirierte Syphilis der Nase und des Pharynx 556.
Paschkis, H., Eine neue Toiletteseife 653.
Pasteau, Studie über die Steine der Prostata: pathologische Anatomie und Pathogenese 93.
— 128.
Patoir, Syphilis und Tuberkulose 549.
— 89.
Paul 140. 352.
Paulsen, Jens, Ein Fall von blennorrhoischen Gelenk und Hautmetastasen im Anschluß an Blennorrhoea neonatorum 44.
— Über blennorrhoische Exantheme bei Neugeborenen 630.
Pawlow 389.
Paylow 101.
Pearson, Über Scharlachrückfälle und die Dauer der Infektiosität des Scharlachfiebers 247.
— 257.
Pease 295.
— und Wende, Ein Fall von Dermatitis herpetiformis pustulosa 26.
Pechkranz 461.

Pedersen, J., Die Behandlung der Komplikationen der akuten blennorrhoischen Urethritis posterior 633.
Pellizari 408. 548.
Peltier 490.
Pendl, Fr., Fremdkörper in der Harnblase des Mannes 489.
Peppmüller 551.
Pernet, G., Über extra- oder intracelluläre Lokalisation des Leprabacillus 412.
— 568. 592.
Perrin, Leukoplakien 389.
— 389.
Pesci und Andres, Untersuchungen über die Absorption durch die Haut 183.
Peters, R., Über Erkrankungen des Rückenmarks bei hereditär-syphilitischen Neugeborenen und Säuglingen 402.
v. Petersen, O., Die soziale Bedeutung der Hautkrankheiten 148.
— 84. 182. 418.
Petri 50. 449. 623.
Petrini 390. 410.
Petrone 602.
Pettenkofer 429.
Pezzer 172.
Pezzoli 254. 257. 325.
Pfannenstiel 189.
Pfeiffenberger, Weitere Beobachtungen über Epicarin 65.
— 384.
Pfeiffer, Ernst, Untersuchungen über die Dauer des Schutzes der Schutzpockenimpfung 300.
Pflüger 490. 494. 495.
Pförringer, Bimsteinalkoholseife in fester Form als Desinfiziens für Haut und Hände 652.
— Fester Seifenspiritus 653.
Philippi, Referate 38. 41. 52. 94. 148. 185. 199. 231. 250. 300. 448. 462. 464. 470. 473. 477. 489. 537. 562. 632. 635.
Philippson, A. 314.
Philippson, L. 387. 448.
Piccardi, Versuche von Serotherapie der Syphilis 136.
Pick, Fall von Prurigo mit gleichzeitig bestehenden papulösem Syphilid 245.
— 563.
Pielicke 83.
Piesbergen 138.
Pietowieyski und L. Kopytowski, Zur Klinik und Histologie der Pityriasis rubra (Hebra) 457.
Pietranera, Die Kinesitherapie der Prostata 494.
Pighini, Zwei vergessene Arbeiten von Giovanni Inzani über die Nervenendigungen in den Epithelien 408.
Pignot, Behandlung des Herpes tonsurans 462.
Pinatelle, Fall von hartem Schanker des Daumens 547.
Pincus 570.
Plachow 181.
Plato, Einfluſs von Spiritusverbänden auf entzündliche Vorgänge in der Haut 449.
— Neue Gonokokkenfärbung 640.
— 531.
Plaut, Einfluſs der Haut auf den Polymorphismus der Dermatomykosenerreger 524.
Plinius 56.
Plonski 171.
Plummer, H. 546.
Podres 123.
Poehl 140.
van der Poel, Über chronische Blennorrhoe 630.
Poggi, Klinische und ätiologische Betrachtungen über einige Fälle von Alopecia areata 407.
Polier, Beitrag zum Studium der Riesenzellen und der Leukocyten beim Epitheliom der Schleimschicht 471.
Pollitzer, S., Ein Fall von Muttermal-Krebs; Metastase, Operation; Heilung 446.
— 387.
Pollock, Beitrag zur Kenntnis der Trabekelblase bei der Frau 90.
v. Poór, Zur Therapie des Ulcus Ducrey (Ulcus molle s. venereum) 135.
— Eine neue Behandlungsmethode des Ducreyschen Geschwüres 464.
Popper 326.
*Porosz, M., Über Epididymitis sympathica et blennorrhoica 9.
— Die Behandlung des Trippers mit Acidum nitricum 90.
— 289.
Porter, F. J., Intramuskuläre Quecksilberinjektionen bei Syphilis 601.
— und L. Jacquet, Die Abweichungen in der chemischen Zusammensetzung von Blut und Harn im Verlauf der Alopecie 94.
Posner, C., Die Behandlung der Prostatahypertrophie 493.
— 326. 327.
Pospelow 57. 375. 378. 382. 410. 503. 593.
Potein 59.
Pott, Das Schicksal hereditär-syphilitischer Kinder 551.
Potts, L., Mykosis fungoides 406.
Pouly, Zwei Fälle von subungualen Tumoren 473.
Pouchet 490.
Poupart 466.
Prätorius, N. 536.
Pratt, Fall von Purpura haemorrhagica in Verbindung mit allgemeiner Tuberkulose 593.
Praun, Zum Nachweis geringster Eiweiſsmengen 496.

Prenant 490.
Prévost 490.
Pringle 317.
Prochownick, Kraurosis vulvae 498.
— 498.
Profeta, J., Die dermosyphilopatische Klinik zu Palermo von ihrer Gründung bis im Dezember 1893, der geschichtlichen Wahrheit entsprechend dargelegt 407.
Profichet 473.
Prowaczek 531.
Przemycki 531.
Pusey, Behandlung des Hautepithelioms; mit Kasuistik 129.

Quenu 128.
Querton 72.
Quinquaud 100.

Raab 151. 160. 161. 162. 164. 429.
Rabl 167. 236. 237.
Radaeli, F., Untersuchungen über den Stoffwechsel in einem Falle von Lichen ruber planus 459.
Rákosi 146.
Ranvier 219.
Rauh, Hyperkeratosis congenita 85.
Rausch 135.
Ravogli, A., Die Gonokokken in den blennorrhoischen Sekreten 129.
— Multiples, knotiges Melanocarcinom der Haut 293.
— Ätiologie und Pathologie des Hautkrebses 446.
— Die Gonokokken in den blennorrhoischen Sekreten 632.
— 444.
Raybaud, Das Calciumsulfhydrat als chirurgisches Depilatorium 654.
Rayer 201.
Raymond, P., Die Erytheme der Tuberkulose 414.
Reber, Ein Beitrag zur Geschichte der Syphilis 543.
Recklinghausen 122.
Reczey 17.
Rehfisch 485. 486.
Reimer, Die Erfolge der an 74 Lupuskranken ausgeführten Radikalexstirpation 419.
Reiss, W., Über spontane multiple Keloide 166.
— 371. 383.
Remak 57.
Renault 89. 263. 388.
Rendu 248. 564.
Retzius 263.
Reuter, K., Ein Beitrag zur Frage der Alkoholglykosurie 497.
Ribmer, Über Harnröhrenstriktur 434.
Richter, Paul, Jodtinktur in der Syphilistherapie 523.
— Ueber Pemphigus neonatorum 596.
— 258. 522. 533.
Ricketts 447.
— und Hyde, Blastomycosis cutis hominis 447.
Ricord 207. 481. 547.
Rieder 57. 504.
Riehl, Tuberkulide 415.
— 84. 386. 387.
Rietema 328.
Rille, J. H., Ein Fall von Lepra tuberosa mit Lokalisation an den Fufssohlen 130. 133.
— Fall von Lepra tuberosa 165.
— Favusfälle 165.
— Fall von multiplen Spontankeloiden 165.
— Über Xanthom 475.
— 84. 286. 384.
Rindfleisch 263.
Ritter 85. 236.
Rixford 446.
Robert 203.
Roberts, L. und Brooke, Die Wirkung des Arseniks auf die Haut 593.
Robin, M., Phosphaturia calcaria dyspeptischen Ursprungs 32.
— 490. 507.
— und Dalché, Die Behandlung der blennorrhoischen Vaginitis 635.
Robinson, A. 23.
Robinson, B., Syphilis der Gallenblase 557.
Robinson, T., Diagnose und Behandlung der Syphilis 30.
Roch, Was ist Vasogen? 193.
Rocher und Fraikin, Voluminöses Lipom des Samenstrangs 491.
Rodet 424.
Rockwell 57.
Röntgen 74.
Rörig, Fr., Zwei seltene Fälle von Blasenstein 450.
— Tuberkulose der Harnorgane und ihre Behandlung 450.
Roger, H., Behandlung der blennorrhoischen Epididymitis mit Methylchlorid 43.
— Die Pocken in Paris 246.
— Calciumchlorür in der Behandlung der Variola haemorrhagica 298.
— und M. Garnier, Über die anatomischen und chemischen Veränderungen der Leber bei Scharlach 249.
— und O. Josué, Die Probe des Vesikators 641.
— und Weil, Mikrobiologische Untersuchungen über Variola 296.

Rohden, B., Die Dermosapolpräparate und die dermatische Therapie der Tuberkulose und Skrofulose 417.
Rohleder, H., Über medikamentöse Seifen bei Hautkrankheiten 652.
— Die Prophylaxe der funktionellen Störungen des männlichen Geschlechtsapparates 139.
Rohmen 474.
Romberg 622.
Romme, Chirurgische Behandlung der Acne hypertrophica der Nase 470.
Róna, D., Über Ureteritis cystica 128.
Róna, S., Lupus erythematosus bei Geschwistern 168. 477.
— Fall von Rhinoskleroma mit regionären metastatischen Drüsenschwellungen 468.
— 9. 11. 12. 13. 14. 15. 469. 635.
Roncali 471.
Rosenbach, J. 543. 591.
Rosenstein, J. G., Varicocele der Labia majora 83.
Rosenthal, O., Über Jododerma tuberosum fungoides 390.
— 621.
Rostoski 43.
Roth 50.
Rothmann 244.
Rothschild, Zur Pathologie und Therapie der Narbenschrumpfblase 486.
Rovsing, Th., Erfahrungen über Ureterensteine 408.
Rückert 118.
Ruhemann, W., Ein Fall von Orthoformekzem 197.
Ruhmkorff 53. 54. 55. 60. 70. 74. 192. 508. 645.
Rummo 200.
Rutkowski 275.

Saalfeld, E., Über Lupus follicularis disseminatus und über die Beziehungen zwischen Lupus vulgaris und Lupus erythematodes 169.
— Allgemeine Therapie der Hautkrankheiten 187.
— Über Bromeigone 194.
— Über die Behandlung von Hautkrankheiten mit Kälte 651.
— 50. 135. 464.
Sabouraud. Über die Rolle, welche die Streptokokken in der Ätiologie der Hautkrankheiten spielen 591.
— 154. 267. 268. 272. 273. 280. 389. 391. 427. 430. 441. 462. 535. 593.
Sabrazès 79.
Sacharjin 558.
Sachs, Otto, Vier Fälle von sogenannter „plastischer Induration" der Corpora cavernosa penis nebst Berücksichtigung der übrigen im Corpus cavernosum penis vorkommenden Verhärtungen 481.
Sack, Übertragbarkeit der Spätsyphilis in der Ehe 523.
— Referate 91. 409. 531.
— 520.
Sänger 185.
Saint-George 490.
Salisbury, J. H., Die harnsaure Diathese 174.
Salzwedel 187. 656.
Samuel, 508.
San Felice 471.
Sarbó, In der Narkose aufgetretene syphilitische Neuritis 562.
Sarubin, Zur Histologie der Sclerodermia circumscripta 409.
Savill, T. D., Lepra maculosa 413.
— 592.
Sawakansky, Fremdkörper der Blase 407.
Schaeffer, J., Naevus lichenoides pruriginosus 85.
— Die Visceralerkrankungen der Leprösen 132.
— Über die Einwirkung von Hitze, Kälte und feuchter Wärme auf Entzündungsprozesse in der Haut 91. 449.
— Grundsubstanz, Intercellularsubstanz und Kittsubstanz 639.
— Vier Fälle von Lues maligna 550.
— Tuberöser Bromausschlag 242.
— 84. 260. 449.
Schaginan, Ein Fall von bedeutender Besserung der Elephantiasis durch Kalomelinjektionen 466.
Schamberg, J. F., Eine klinische und pathologische Studie über das Scharlachfieber 247.
— Impetigo contagiosa 463.
— Refraktäre Syphilis nebst Bericht über einen gegen spezifische Behandlung absolut refraktären Fall 562.
*Scharff, Die Pasta serosa Schleichs. Homogene Dermatotherapie 436.
— 326. 493.
Scheffler 536.
Scherek, H. J., Die Blennorrhoe und unser moderner Standpunkt in der Frage der Behandlung derselben 37.
Schieferdecker 201.
Schiff, E., Die Wirkungen hochgespannter Ströme auf die Haut 192.
— Bedeutung der Röntgenbestrahlung für die Haarkrankheiten 527.
— Verband fürs Perineum 523.
— 65. 66. 68. 75. 81. 82. 387. 528.
— und Leopold Freund, Welches ist das wirksame Agens in der Radiotherapie 190.
— — Weitere Anwendungsgebiete der Radiotherapie 192.
Schildt 386.
Schlagintweit, Das Phänomen des schwimmenden Tropfen (les gouttes

flottantes). Ein Beitrag zur Diagnostik der Prostatitis, sowie zur Physiologie der Prostata 90.
Schlagintweit, Über die Schwierigkeit, den Bottinischen Incisor an der gewünschten Stelle der Prostata anzusetzen 450.
— Schlufsbemerkung zu Freudenbergs „Erwiderung" auf Seite 301 dieses Heftes 451.
— 453.
Schleich 238. 436. 437. 438. 500. 651. 652. 653.
Schmidt 101. 103.
Schmidt, L. E. und G. Kolischer, Radiographie an sondierten Ureteren und Nieren 403.
Schmitt, Alexander 343. 344. 350. 429.
Schnabel 101.
Scholefield, Die Behandlung des Lupus mit Röntgenstrahlen 419.
Scholz, E., Ein Beitrag zur Frage über die Ursachen des Todes bei Verbrennungen und Verbrühungen 241.
Scholtz, W., Die blennorrhoischen Allgemeininfektionen (Endocarditis, Arthritis, Tendovaginitis, Abscesse) 42.
— Über die moderne Therapie der Blennorrhoe des Mannes 49.
— Welche Gesichtspunkte sind bei der Beurteilung der Infektiosität chronischer, postblennorrhoischer Urethritiden mafsgebend? 126.
— Über die Wirkung der Röntgenstrahlen auf die Haut und ihre Verwendung bei der Behandlung der Hautkrankheiten 191.
— Über die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten unter den Studenten 182.
— Ekzem, Lichen chronicus (Vidal) und Dyshidrosis 448.
— 82. 126. 151. 160. 161. 162. 164. 253. 254. 255. 427. 644.
Schott 558.
Schrötter, H., Bemerkungen über die Bedeutung eines systematischen Studiums des Skleroms 599.
Schüler, Th., Über Lichtbehandlung mit besonderer Berücksichtigung der Professor Finsenschen Behandlung mit konzentrierten chemischen Lichtstrahlen 647.
Schürmayer, Die Schädigungen durch Röntgenstrahlen und die Bedeutung unserer Schutzvorrichtungen 527.
Schultz 334.
Schulze, Bernhard, Referate 43. 44. 45. 49. 50. 52. 191. 192. 195. 297. 410. 420. 462. 471. 476. 481. 491. 493. 494. 560. 563. 632. 635. 636. 638. 641. 646. 648. 650. 652. 654.
Schulze, O., Ein Beitrag zur Behandlung der Panaritien 466.
Schulze, O., Zur Behandlung der Unterschenkelgeschwüre 475.
— Ein seltener Fremdkörper in der Harnröhre 483.
Schumacher 167. 604.
Schumburg, Zur Desinfektion des Harns bei Typhusbakteriurie durch Urotropin 495.
Schuster, L., Die Einreibungs- und Badekuren 188.
— Rheumatismus gonorrhoicus 526.
— 604.
Schwann 490.
Schweninger 354. 356.
Schwimmer 16. 17. 97.
Scott, J. G., Die Kontagiosität der Lepra 411.
Scribonius 56.
Sclave 467.
Seeligmüller 551.
Seibert 249.
Seifert 112. 118.
Selenow 91.
v. Seligson, Ist die Syphilis wirklich die Hauptursache der Tabes dorsalis? 561.
*Sellei, J., Über Sapolan 1.
*— Lymphangioma cutis 97.
— 399.
Senisi, Über die Tuberculosis verrucosa der Haut 416.
Senn 627.
Sequeira, Fall von Xanthoma 20.
— Flache Warzen 21.
— Pigmentiertes Neoplasma der Haut 28.
— 592.
— und W. Bulloch, Ein Fall von idiopathischem, multiplen Pigmentsarkom 232.
Sergent, E., Die Atrophie der Eingeweide und die arterielle Hypoplasie bei Pellagra 239.
Serra, Über einen Fall von Syphiloderma nodulo-ulcerans praecox 556.
Sertoli 490.
Sharp und Clark, Der Einfluss von Masern und Erysipel auf die Epilepsie 250.
Sheffield, H. B., Vulvovaginitis der kleinen Mädchen 46.
Shepherd, F. J., Antrittsrede des Vorsitzenden der Jahresversammlung der amerikanischen dermatologischen Gesellschaft, abgehalten in Chicago im Juni 1901 295.
— Die Behandlung maligner Hauterkrankungen 445.
Sherwell, Akromegalie oder Elephantiasis 21.
— Fall von Morphoea 23.
— 23. 444.
— und Johnston, Ein Fall von Xanthoma diabeticorum 446.

Shiwult 594.
Shoemaker 57. 504.
Short, Ein Fall von Dermatitis nach akutem Lichen planus 470.
Sibirski, Zur Frage der Hautveränderungen durch Abdominaltyphus 184.
Siebert, Zur Behandlung der Vulvovaginitis der kleinen Mädchen 45.
— 384.
Siemerling, E. 169.
Sigmund 389.
Silbermann 241.
Silberstein, Ein Fall von Morbus maculosus Werlhofii und Syphilis 239.
Silva-Araujo 57.
Simonelli, Das Wasserstoffsuperoxyd bei der Behandlung des Favus 137.
— Über die Entwickelung des Ulcus molle und des venerischen Bubo in Bezug auf die Jahreszeiten 465.
Simpson, P. J., Günstige Wirkung des Urotropins bei Pyelitis und Cystitis 130.
Sjögren 526.
Skinner, H., Pharmaceutische Notizen 281.
Smet 101.
Smith, B., Ein Fall von Oedema migrans 406.
Smith, P. H., Über die echte typhöse Cystitis und ihre Behandlung 127.
Smith, R. P., Syphilis und allgemeine Paralyse 561.
Snessareff, Zur Lehre von der Hyperkeratosis diffusa congenita 460.
Soave 459.
Soennecken 299.
Sokoloff, Fall von Keratosis follicularis 593.
Solger, Über Rhinophyma 621.
Somers, A., Ein Fall von Scarlatina pemphigoides 248.
— 249.
Sommer, Über Fälle von fragmentarem Scharlach 248.
Sommerbrodt 604.
Sommerfeld 612. 616.
*Sonnenberg, E., Ein Fall von Mykosis fungoides 605.
Soxleth 168.
Spallanzani 490.
Speck 79.
Speranski, Die augenblickliche Behandlung des Lupus vulgaris in den Kliniken von Berlin, Wien und Paris 594.
— 594.
Spiegel 194.
Spiegelhauer 17.
Spiegler 236. 445. 495.
Spietschka 124.
Spilker 58.
Spirig 409.
Sprecher, Ein Fall von Naevus verrucosus linearis 408.
Stadelmann 258.
Stallard 129.
Stanislawski 203. 204.
Steckel, W., Zur Prophylaxe und Therapie der Blennorrhoe 84.
Stein, L., Ein Fall von Endocarditis blennorrhoica 41.
— Über die Bedeutung von Harnröhrenstrikturen bei der Behandlung der Blennorrhoe 483.
— Die Behandlung schwer zu passierender Strikturen 521.
— 520. 526.
Steiner, R., Beitrag zur Einwirkung von Dampfbädern auf die Gesichtshaut 651.
— 650.
Stelwagon, H. W., Bericht über zwei Fälle von hartnäckiger Schuppenbildung an den Lippen 445.
— Über Blastomyceten-Dermatitis 387.
— Behandlung von Hautcarcinomen ohne Operation 471.
Stenbeck 77.
Stephan, C., Über Atrophore 195.
Stepler, Ein Fall von Nephritis syphilitica praecox 556.
Sterkel 508.
Stern, C., Zur Würdigung der Bottini'schen Operation bei Prostatahypertrophie 533.
Stern, Referate 34. 39. 41. 43. 48. 141. 147. 186. 188. 194. 243. 246. 247. 250. 299. 301. 412. 466. 468. 474. 475. 480. 483. 484. 488. 496. 500. 535. 541. 542. 559. 560. 564. 600. 602. 603. 629. 630. 631. 634. 637. 638. 647. 650.
Sternthal, A. 82.
Stewart 485.
Sthamer 337.
Sticker 410.
Still 244.
Stiller, B., Über diarrhoische und obstipatorische Albuminurie 496.
Stockmann, F., Über Behandlung der chronischen Cystitis (Cystitis rebelle) mittelst Kurettement der Harnblase 172.
Stohr 34.
Stoke 473.
Straetter 75.
Strano, Wirkung des Protargols bei der Blennorrhoe 639.
Strauss, Arthur, Polyneuritis mercurialis oder syphilitica? 622.
— Referate 49. 190. 193. 194. 195. 197. 487. 598.
— 67.
Strebel, H., Ein Beitrag zur Behandlung der Blennorrhoe 49.
— Beleuchtungsapparate von Induktionsfunkenlicht und dessen Brauchbarkeit in der Therapie 523.

Strebel, H., Ein Beitrag zur Frage des lichttherapeutischen Instrumentariums 649.
— 34. 75. 82. 529.
Ströhmberg, Die Symptome der so genannten Latenz der Syphilis 545.
Strubell 600.
Stumpf, L., Ergebnisse der Schutzpockenimpfung im Königreiche Bayern im Jahre 1900 298.
Sturgis, F. R., Soll die Blennorrhoe als lokales oder konstitutionelles Leiden angesehen werden? 629.
Suchanneck 110.
Sudnik 57.
Sukow, N., Ein Fall von Reinfektio syphilitica 531.
Suppau, Über den therapeutischen Wert des Urotropin 196.
Suranyi und Kövesi, Weitere Beiträge zur Hämatologie der Niereninsufficienz 629.
van Swieten 25. 414. 564.
Swinburne, K., Diverticulum der Blase, begleitet von persistierender Bakteriurie 291.
— Die moderne Behandlung der akuten Blennorrhoe 636.
v. Szaboky, Das Sapolan 400.
Szantó 18.

Taenzer, Paul, Referate
— 63.
Taidelli, Beitrag zum Studium des Eiweifsgehaltes des Urins 496.
Talley, Ein ungewöhnlicher Fall von Spätsyphilis des Hodens 627.
Tangl 15.
Tarno 253.
Tarnowsky, Atypische Formen der Syphilis 546.
— 278. 388. 544.
Taylor, St., Dermatitis herpetiformis multiformis 244.
— 592.
Taylor, W. 446. 549.
Tenney 630.
Ter-Gregorianz, Alopecia areata als Trophoneurose der Haut 530.
Tesla 53. 54. 56. 61.
Testi und Bebi, Die Ätiologie des Skorbuts 239.
Thibierge, G., Über eine chronische Ulceration des Gesichts als Vorläufer einer Tabes dorsalis 175.
— 86. 92. 445.
Thiellé 504.
Thiersch 130. 439.
Thimm, P., Die moderne Behandlung des akuten Trippers beim Manne 637.
Thomas, J. D., Nachbehandlung der Urethrotomia externa perinealis 485.
Thost 120. 121.
Thyme 144.
Tirelli, Diffuses subcutanes Emphysem in einem Falle von aufgeregter Melancholie 477.
Toepfer 494.
Török, L. 99. 100. 101. 102. 103. 236.
Tommasoli, Zur Eröffnung der neuen dermosyphilopathischen Schule zu Palermo 136.
— 37. 388. 411.
Torelli, Seltene Lokalisationen des Gonococcus 631.
Torrance, Hauttransplantieren unter Gefrieren, Bericht über einige Fälle 650.
Torres, Ein Fall von akutem rheumatischen Ödem 199.
Touton 85. 375.
Tourtoulis 135.
Traubel 386.
Trendelenburg 476. 532.
Treves, M., Über die Querstreifung der Nägel und die Regenerationsfähigkeit des Horngewebes bei den Irren 142.
— 635.
Trinci, Kurze Betrachtungen über einige Fälle von Variola 296.
Trinkler, M., Dermatitis bullosa circumscripta als selbständige chirurgische Krankheit 401.
Tripier 78.
Troisfontaines, Heredo-Syphilis in der dritten Linie 25.
Trousseau, A., Arthritisches Ödem der Lider 200.
Truchot 506.
Truffi, Experimentelle Untersuchungen über die Trichophytien und den Favus 408. 460.
Tschlenow, M., Über Pityriasis rubra (Hebra) 530.
— Keloidbehandlung 593.
— 593.
Tuczek 398.
Türkheim, Referate 19. 25. 92. 119. 175. 177. 230. 290. 457. 530. 626.
Tuffier 120.

Uhlenhuth und A. Westphal, Histologische und bakteriologische Untersuchungen über einen Fall von Lepra tuberosoanästhetica mit besonderer Berücksichtigung des Nervensystems 58.
Uhma 259. 531.
Uhthoff 644.
Ullmann, K., Der Einfluſs des Lichtes auf die gesunde und kranke Haut 190.
— Beitrag zur Klinik und Histologie des Arsenikkrebses 387.

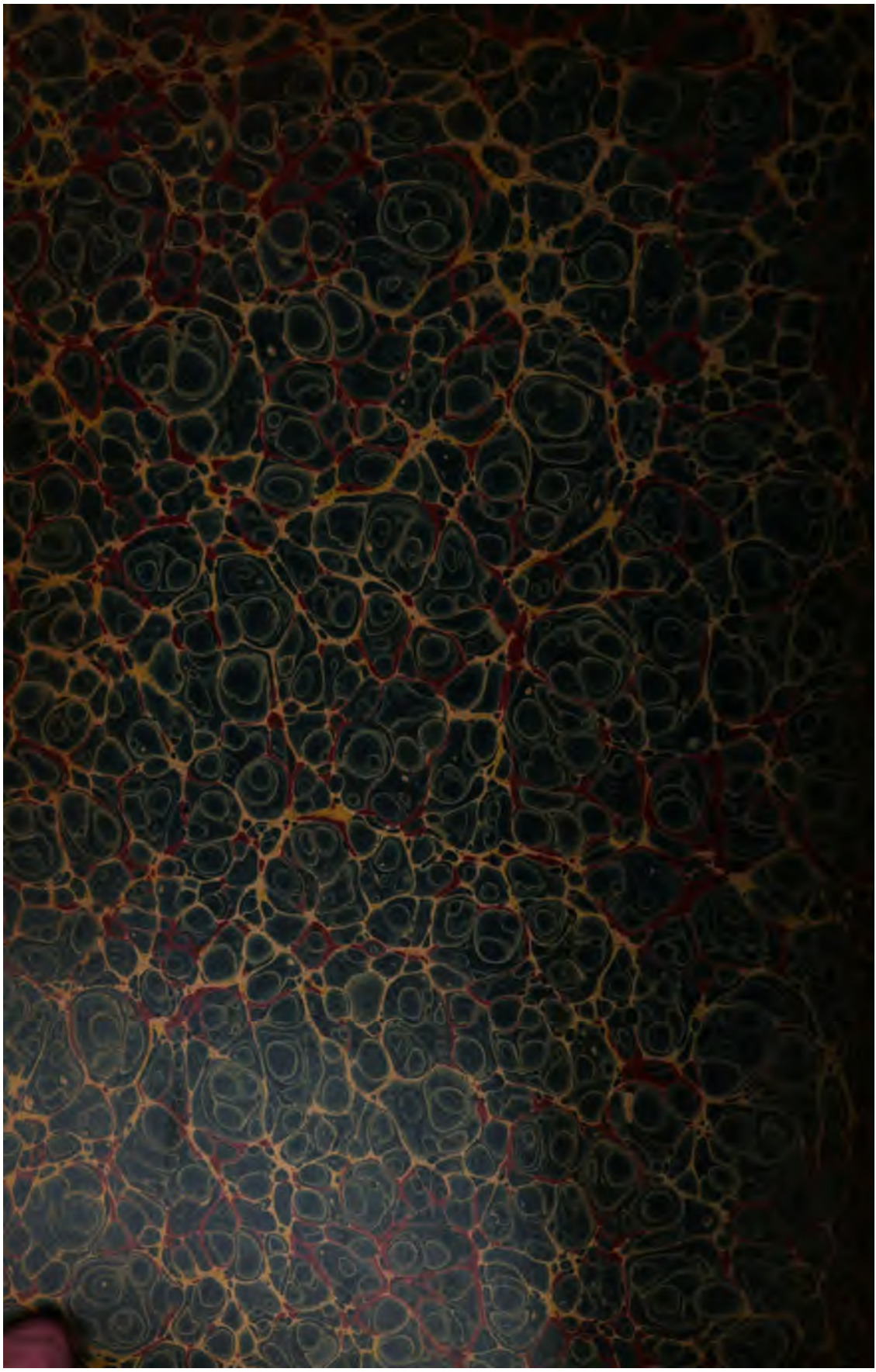
Ullmann, K., Behandlung der Sklerodermie 521.
— 522. 526.
Ultzmann 51. 126. 329. 331. 333. 334. 631.
Ungaro, Zwei Fälle von Lepra in der Provinz Pesaro-Urbino 411.
*Unna, P. G., Über spontanen und künstlichen Transport von Zellsubstanzen und über Kochsalz als mikrochemisches Reagens 342.
— Die parasitäre Natur des Ekzems 886.
— 18. 23. 26. 27. 63. 79. 99. 100. 119. 120. 122. 126. 135. 151. 154. 163. 165. 173. 210. 211. 212. 213. 214. 216. 217. 218. 219. 220. 224. 225. 227. 228. 236. 238. 264. 269. 270. 272. 275. 278. 283. 291. 293. 316. 332. 339. 354. 355. 356. 357. 360. 371. 372. 373. 374. 376. 377. 378. 379. 381. 386. 391. 396. 405. 409. 412. 424. 425. 426. 432. 435. 436. 438. 446. 462. 510. 525. 534. 539. 591. 593. 597. 617. 618. 619. 622.

Vajda, Über ein Urethro-Kalibromanometer und dessen Anwendung 482.
Valenta, E. 75.
Valentine, Die Irrigationsbehandlung des Trippers, seine örtlichen Komplikationen und Folgen 181.
— Die moderne Behandlung der chronischen Blennorrhoe und der Urethritis postblennorrhoica 638.
— 490.
Vallas 474.
Varney, R., Über Lupusbehandlung 499.
Vas 63.
Veiel 85. 580.
van de Velde 150. 159. 423.
Veillon und J. Hallé, Die disseminierte Hautgangrän der Kinder 91.
Verhoogen u. Keersmaecker, Chronic Urethritis of Gonococcic origin 536.
Verrier, Klinische Untersuchungen über die Behandlung der Syphilis 565.
Vertun 326.
Verworn 64.
Vianny, Über zwei Fälle von äufserst kurzer Dauer der Immunität gegen Schutzpockenimpfung 300.
Vidal, Über das Heilserum in der Therapie 654.
— 203. 263. 307. 448.
Viéra und Gastou, Cystoskopische Diagnose der squamösen Dermatosen 442.
Vignolo-Lutati, Experimentelle Beiträge zur Pathologie der glatten Muskulatur der Haut 619.
Vigoureux 59.
Vinsonneau und Mauclaire, Spontane und traumatische Rupturen der Hydrocelen der Tunica vaginalis 458.
Virchow 166. 263. 627.
Voigt 594.
Voisin 198.
Vollbrecht 652.
Vollmer, E., Zur Histologie der Pellagrahaut 898.
— 56. 648.
Volkmann 499.
Voronoff 568.
Vörner, H., Zur Kenntnis des Keratoma hereditarium palmare et plantare 120.

Waelsch 101. 102. 103.
Wagner, H. L., Angioma cysticum der Nase 474.
Wagner, R. 490.
Waldo, H., Lupus erythematosus 405.
Walker, N. 592.
Walling, Einige Krankheiten des Urogenitalapparates und ihre elektrische Behandlung 480.
Wallis, J., Thonverbände bei Hautkrankheiten 129.
— Gewisse Hautkrankheiten und einige ihrer Komplikationen 641.
Ward, A. H., Über die Behandlung der Blasen 240.
Ware, M. W., Myositis blennorrhoica 634.
Wassermann, M., Ein durch Gelingen der Reinkultur bewiesener Fall von Endocarditis blennorrhoica 42.
Wassmuth 462.
Wathen, J. R., Cystitis 174.
— Hodengeschwülste 627.
Weber, H. C., Die Varicocele und ihre Radikalbehandlung 174.
Wechsberg 423.
Wegner 99. 103.
Weichardt, Zur Impftechnik 301.
— 299. 301.
Weichselbaum 60. 61. 98.
Weigert 122. 597. 622. 640.
Weil, E. 57.
— und Roger, Mikrobiologische Untersuchungen über Variola 236.
Weisflog 57.
Weiss, Fr., Ein Fall von Purpura infolge blennorrhoischer Allgemeininfektion 399.
Weiss, S., Zur Prophylaxe der Masernotitis 251.
Welander, E., Über Jodkalium (Jod natrium), Jodalbacid und Jodipin 393.
— Einige Worte über die Remanenz des Quecksilbers im menschlichen Körper 620.
— 36. 95. 601. 611. 648. 644.
Weljaminow 418.
Wende, G. W., Dermatitis vesico-bullosa et gangraenosa mutilans. Ein Bericht über zwei Fälle mit hystero-traumatischer Ätiologie 443.
— 295.

Wende, G. W. und H. D. Pease, Ein Fall von Dermatitis herpetiformis pustulosa 26.
Werler, O., Über den therapeutischen Wert des Unguentum Hydrargyri colloidalis (Merkurcolloid) 655.
Wermann 499.
*Werner, S., Kasuistischer Beitrag zur Vaccine-Übertragung 352.
Wertheim 43.
Werther, Die Methoden der Lupusbehandlung 499.
— 419.
Wessermann 42.
*Westberg, F., Zur Therapie der Epididymitis sympathica et blennorrhoica 289.
*— Ein Fall von mit weifsen Flecken einhergehender, bisher nicht bekannter Dermatose 355.
— 526.
Wheelhouse 172. 292.
White, J. C., Ein Fall von Brocqs Erythrodermie pityriasique en Plaques disseminées 444.
— 627.
Whitehouse, Fall von Pityriasis rubra pilaris 22.
— 22. 23.
Whitfield, A., Epithelialgeschwulst 21.
— Ein Fall von doldentraubenartigen Syphiliden 404.
— Die Natur des Erythema induratum scrofulosorum 593.
— 592.
Wichmann 171.
Wickham 472.
Wielowieyski und Kopytowski, Beitrag zur Klinik und pathologischen Anatomie der Pityriasis rubra Hebra 393.
Wilde, Oskar 536.
Willan 415.
Williams, H. U., Untersuchung über die Neubildung elastischer Fasern, besonders in dem Stroma von Carcinomen 642.
Wilson, E. 224. 228. 597.
Winfield, J. M., Fall von Leukoplasia 23.
Winiwarter 98. 236.
Winkelmann 294.
Winkler, A., Über Schwefelwasser und Hautkrankheiten 650.
*Winkler, F., Zum Nachweise von Gonokokken in Urethralfällen 253.
*— Zur Verwendung des Epicarins 384.
*— Die elektrostatische Behandlung der Hautkrankheiten 503.
— 57. 58. 512. 515. 521.
Winter, C. F. 565.
Winternitz 84. 326.
Wittenberg, Lepra in China 308.
Wittkowski, Kommentar zu C. L. Schleichs Methoden und Präparaten 651.
Wollenmann, Methoden der Verabreichung von Merkur bei Syphilis 601.
Wolff, A. 236. 386. 481.
Wolff, L., Sterilisation elastischer Katheter 481.
Wolters, M., Epithelioma adenoides cysticum 122. 125.
— 100. 230. 319.
Woodruff, Die Behandlung der Blennorrhoe durch häufige Irrigationen von physiologischer Kochsalzlösung 639.
Wossidlo, Die Bedeutung des Gonococcus für die Therapie der chronischen Blennorrhoe 39.
— 255. 258. 525.
Woycekowsky 75.
Wroedenski, Über die Urethrotomia externa nach der Methode von Henry Morris und über ihre Sonderheiten im Vergleich zu den anderen Methoden derselben Operation bei Behandlung der inoperablen Harnröhrenstrikturen 172.
Wunderlich 559.

Young, W., Ist die Maserninfektion der Keuchhusteninfektion antagonistisch? 249.

Zabludowski, Zur Therapie der Impotentia virilis 491.
Zaffiro, Über zusammengesetzte Toxidermien 185.
Zambaco 304. 410.
*Zander, Paul, Über Talgdrüsen in der Mund- und Lippenschleimhaut 104.
Zaudy, Die prophylaktische und heilende Wirkung des Urotropin 196.
Zechmeister, Über die Behandlung der venerischen Erkrankungen im k. und k. Marinehospital in Pola 188.
— 77.
Zeisler, J., Eine ungewöhnliche Erscheinung bei Syphilis-Othaematom 444.
— 447.
Zeissl, M., Tripper und Ehe 38.
— Die Prophylaxe des Trippers 49.
— Neue Untersuchungen über die Innervation der Blase 485.
— 9. 226. 263.
Ziehl 442.
Zippel 337.
Zittmann 550. 562. 614.
Zuckuff 189.
Zuhr, J., Ein Fall von Morbilli pemphigoides mit Diphtherie 250.
Zydlowicz, Ein Fall von geheilter Syphilis des Herzens 557.
Zypken, Über Autointoxikationen gastrointestinalen Ursprungs 641.

41C 1608